

**Forsikringstakers opplysningsplikt i personforsikring og avkortning  
i erstatning ved brudd på denne ved et forsikringstilfelle**



Universitetet i Oslo  
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer:  
Leveringsfrist: 25.11.2011

Til sammen ord  
14 846

25.11.2011

# Innholdsfortegnelse

<b><u>1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>RETTSKILDER</u></b>	<b><u>4</u></b>
2.1	Forsikringsavtalen	4
2.2	Forsikringsavtaleloven	5
2.3	Avtaleloven	6
2.4	Forarbeider	6
2.5	Praksis	6
2.5.1	Rettspraksis	6
2.5.2	Nemndspraksis	7
2.5.3	Forsikringspraksis	8
2.6	Juridisk litteratur	9
<b><u>3</u></b>	<b><u>FORSIKRINGSBRANSJENS HISTORIE</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>AVGRENSNINGER OG DEN VIDERE FREMSTILLINGEN</u></b>	<b><u>11</u></b>
<b><u>5</u></b>	<b><u>DEN USELVSTENDIGE OPPLYSNINGSPLIKTEN</u></b>	<b><u>12</u></b>
5.1	Forsikringstakers passive opplysningsplikt	12
5.2	Forsikringstakers plikt til å svare på spørsmål	12
5.3	Opplysninger som forsikringstaker ikke trenger å svare på	14
5.4	Tidsgrense for forsikringstakers opplysningsplikt	16
<b><u>6</u></b>	<b><u>FORSIKRINGSTAKERS PLIKT TIL Å GI SELSKAPET</u></b>	
	<b><u>TREDJEMANSSOPPLYSNINGER OG LOVLIGHETEN AV SELSKAPETS</u></b>	
	<b><u>SPØRSMÅL</u></b>	<b><u>19</u></b>

<b><u>7</u></b>	<b><u>DEN SELVSTENDIGE OPPLYSNINGSPLIKTEN</u></b>	<b><u>24</u></b>
<b>7.1</b>	<b>Forsikringstakers aktive opplysningsplikt</b>	<b>24</b>
<b>7.2</b>	<b>«særlige forhold»</b>	<b>25</b>
<b>7.3</b>	<b>«må forstå»</b>	<b>26</b>
<b>7.4</b>	<b>Må forstå er av «vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen»</b>	<b>26</b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>TIDSPUNKT FOR OPPLYSNINGSPLIKTEN</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b><u>9</u></b>	<b><u>NEDSETTELSE AV SELSKAPETS ANSVAR NÅR OPPLYSNINGSPLIKTEN ER FORSØMT</u></b>	<b><u>30</u></b>
<b>9.1</b>	<b>Brudd på opplysningsplikten som ikke er unnskyldelig</b>	<b>30</b>
<b>9.2</b>	<b>”Ikke bare lite å legge til last”</b>	<b>31</b>
<b>9.3</b>	<b>Avkortning av selskapets ansvar</b>	<b>34</b>
<b>9.4</b>	<b>Svik</b>	<b>35</b>
9.4.1	Årsakssammenheng	36
9.4.2	Vinnings hensikt	37
9.4.3	Opplysningene må være gitt bevisst	37
9.4.4	Må vite at det er til selskapet han gir den uriktige informasjonen	38
9.4.5	Beviskravet	38
9.4.6	Bevisbyrden snus	40
9.4.7	Avkortning av selskapets ansvar	40
<b><u>10</u></b>	<b><u>BEGRENSNINGER I SELSKAPETS RETT TIL Å PÅBEROPE SEG MANGELFULLE OPPLYSNINGER</u></b>	<b><u>41</u></b>
<b>10.1</b>	<b>Kjente til</b>	<b>41</b>
<b>10.2</b>	<b>Burde kjenne til</b>	<b>42</b>
<b>10.3</b>	<b>Opplysninger uten betydning.</b>	<b>44</b>
<b>10.4</b>	<b>Det forhold opplysningene gjaldt har senere opphørt å ha betydning.</b>	<b>44</b>

<b>10.5</b>	<b>Særreglene i livsforsikring</b>	<b>45</b>
<b>10.6</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>48</b>
<b><u>11</u></b>	<b><u>LISTER OVER TABELLER OG FIGURER M V</u></b>	<b><u>A</u></b>

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Forsikringsavtalen skal sikre forsikringstaker mot fremtidige uforutsette hendelser. Det er ingen eksakte tall for hvor mange personforsikringsavtaler som inngås hvert år, men tallet er betydelig. Det vil ofte være en forutsetning for at forsikringstaker kan opprettholde levestandarden sin og beholde hus og andre kapitalvarer at han får utbetalt erstatning etter et inntruffet forsikringstilfelle, sett i lys av at slike formuesgoder ofte har betydelig gjeld. Forsikringstilfelle rammer normalt forsikringstakeren når han har et akutt behov for midler. En forutsetning for at forsikringstakeren får utbetalt den erstatningen han har krav på etter avtalen, er at han har oppfylt opplysningsplikten sin. Følgen av uriktige eller ufullstendige opplysninger fra forsikringstaker, kan medføre at vedkommende betaler en uriktig forsikringspremie og forsikringsselskapet kan iverksette ulike former for sanksjoner. Som typisk er avkortning av forsikringserstatningen. Forsikringstakeren står da i fare for å miste hele eller deler av utbetalingen fra selskapet. Dette er temaet for den videre fremstillingen. Reglene vedrørende personforsikringsavtaler reguleres i Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69 (heretter forkortet fal.) del B. Jeg skal hovedsakelig se nærmere på fal. §§ 13-1a og 13-2 og de bestemmelsene som kaster lys over disse.

### Kort om ulikheter mellom personforsikring og skadeforsikring

I praksis er tvistetemaene til dels ulike ved personforsikring og skadeforsikring. I personforsikring dreier majoriteten av sakene seg om uriktige eller ufullstendige opplysninger ved tegning av forsikringen (Fal. § 13-1a ). Mens i skadeforsikring knytter de aller fleste problemene seg til fremkallelse av forsikringstilfellet og uriktige opplysninger ved forsikringsoppgjøret (Fal. §§ 4-9 og 8-1)<sup>1</sup>

### Ulikhetene ved tegning av forsikringen

---

<sup>1</sup>Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s. 48

Innhenting av opplysninger fra forsikringstaker er vidt forskjellig i personforsikring og skadeforsikring. I skadeforsikring er omfanget av opplysninger fra forsikringstaker relativt få. Dette skyldes at forsikringsgjenstanden lar seg lett identifisere ut ifra objektive opplysninger.

I alminnelighet tegnes en forsikringsavtale over telefon eller internett. Hvis forsikringstaker eksempelvis ringer inn og skal forsikre bilen, opplyser han at det er en VW Golf 1.9 TDI. Kjørelengden er 100.000 kilometer. Det er ingen lån med sikkerhet i bilen, ingen under 24 år bruker bilen og den parkeres i en garasje om natten. Ut ifra disse opplysningene kan selskapet skjematisk vurdere risikoen og gi forsikringstaker et forsikringstilbud.

I personforsikring er derimot avtaleprosessen langt mer omfattende. Dette skyldes at kartlegging av risikoen til en person er vesentlig mer komplekst enn en gjenstand. Helseutsiktene til forsikringstaker beror på svært mange faktorer, alt fra arv og miljø til konkrete påviste sykdommer og symptomer, samt hvordan forsikringstaker oppfatter seg rent fysisk og psykisk. I så henseende vil hans subjektive oppfatning ha en fremtredende rolle, i motsetning til skadeforsikring, hvor det er utelukkende er visuelt objektive kriterier som definerer forsikringsgjenstanden.

Dette er forhold som begrunner den omfattende tegningsprosessen. Foruten ulykkesforsikring kreves det at forsikringstaker utfyller et helseerklæringsskjema som har svært mange spørsmål. Hvis det foreligger omstendigheter ved utfyllingen av skjemaet som selskapet mener er usedvanlig, kan prosessen fortsette i lang tid fremover. Selskapet kan i så henseende innhente flere opplysninger fra forsikringstaker ut over de opplysningene han allerede har gitt, samt ta kontakt med andre som kan ha informasjon vedrørende hans helse.

#### Ulike Problemområder etter tegning

Det som gjør seg særlig gjeldene i skadeforsikring, er at det er gjennomgående uriktige opplysninger ved skadeoppgjøret eller fremkallelse av forsikringstilfellet som er tvistetemaene. For eksempel tenner forsikringstaker på egen bolig eller melder inn formuesgoder han ikke har besittet til selskapet.

I personforsikring forholder man seg normalt til klare påviste diagnoser ved forsikringsoppgjøret, som gjør det vanskelig å innrapportere uriktige opplysninger.

Siden det er forsikringstakers liv og helse som er forsikret, lar det seg ikke oppstille noe krav til økonomisk tap, sett i lys av at det er ingen som kan verdsette hvor mye et liv er verdt. Det er heller ikke noe som tilsier at forsikringstaker ønsker å framprovosere et forsikringstilfelle. Da det må høre med til unntakene at noen for eksempel vil miste en arm eller et ben mot et bestemt vederlag. Det kan imidlertid tenkes, at en forsikringstaker som har tegnet forsikring på fremmed liv, kan bli fristet til å ta livet av vedkommende, for å kreve forsikringserstatningen.<sup>2</sup>

### Partene i en forsikringsavtale

Denne avhandlingen tar for seg avtaleforholdet mellom forsikringsselskapet (heretter forkortet til selskapet) og forsikringstaker<sup>3</sup>. I dag er Gjensidige forsikring, Storebrand forsikring og Vital forsikring de ledende på det norske markedet til å tilby personforsikring. I den videre fremstillingen fremkommer det eksempler fra de nevnte selskapene for å belyse hvilke problemer som oppstår i praksis. Vedlagt ligger utdrag fra spørreskjemaene til Gjensidige og Vital forsikring. Storebrand Forsikring har tilnærmet likt spørreskjema som Gjensidige forsikring, har derfor valgt ikke å legge ved dette skjemaet. I eksemplene blir de behandlet under ett.

### Forsikringstaker

Forsikringstaker kan være en fysisk samt en juridisk person. Normalt er forsikringstaker og forsikrede en og samme person<sup>4</sup>. Eksempelvis hvis forsikringstaker inngår avtale på eget liv, er han både forsikringstaker og forsikrede<sup>5</sup>.

Et spørsmål som kan oppstå i praksis er hvem som er forsikringstaker hvis han anvender en fullmektig og hvem han identifiseres med. Svaret følger ikke av fal. eller forsikringsavtalen, men av alminnelige forsikringsrettslige prinsipper. Som i dette tilfellet er vanlige fullmakts- og kontraktrettslige regler<sup>6</sup>. Normalt identifiseres

---

<sup>2</sup> Theodor Grundt «forsikringsrett 1939» s.79-80

<sup>3</sup> Fal. § 10-2 bokstav (b) forsikringstakeren: den som inngår en individuell eller kollektiv Fal. § 10-2 bokstav (b) forsikringstakeren: den som inngår en individuell eller kollektiv forsikringsavtale med selskapet. Som forsikringstaker regnes også den som erverver eiendomsretten til forsikringen

<sup>4</sup> Fal. § 10-2 bokstav (c) forsikrede: den persons liv eller helse forsikringen knytter seg til

<sup>5</sup> Hans Jacob Bull «forsikringsrett »s. 91-92

<sup>6</sup> Hans Jacob Bull «forsikringsrett» s. 376

forsikringstakeren fullt ut med sine hjelpere. Det vil si at hvis hjelperen gir selskapet uriktig eller ufullstendig informasjon, blir det lagt til grunn at det er forsikringstakeren selv som har brutt opplysningsplikten<sup>7</sup>.

Hvis det ikke presiseres eller følger av sammenhengen, bruker jeg i den videre fremstillingen kun begrepet forsikringstaker. Uavhengig om forsikringstaker og forsikrede er en og samme person eller ikke.

### Uriktige eller ufullstendige opplysninger

Gjennomgående i avhandlingen blir det redegjort for hvorvidt forsikringstaker har gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger. «Uriktige» opplysninger foreligger når det er et objektivt avvik mellom det som er «riktige» opplysninger og det forsikringstakeren har gitt av opplysninger til selskapet. «Ufullstendige» opplysninger foreligger normalt når forsikringstaker har holdt tilbake deler eller helt har fortiet om opplysninger.<sup>8</sup> Hvis han har holdt tilbake opplysninger, blir det et spørsmål om han forsto eller burde forstått at opplysningene var av betydning for selskapet. Er det derimot gitt uriktige opplysninger er spørsmålet om han forsto eller burde forstått at disse opplysningene objektivt sett ikke var korrekte.

I loven er disse to vilkårene likestilt, i så henseende er det av underordnet betydning å avgjøre om det er gitt «uriktige eller «ufullstendige» opplysninger.

## **2 Rettskilder**

### **2.1 Forsikringsavtalen**

Ved tegning av en personforsikring vil det alltid foreligge en avtale mellom partene, som er utgangspunktet for å løse en eventuell tvist. Forsikringsavtalelovens

---

<sup>7</sup> Forsikringsmeglere har blitt vanlig i nyere tid. Disse har som oppgave å formidle forsikring til fritt valgte forsikringsgivere på vegne av forsikringskundene og skal fungere som et uavhengig mellomledd.

<sup>8</sup> Se Rt. 1989 s. 659 saken gjaldt riktignok en fortieelse av opplysninger i skadeforsikring, men prinsippet også gjør seg gjeldene i personforsikring.



preseptoriske karakter og den betydelige praksis som foreligger, medfører at avtalen i mange sammenhenger kan være av underordnet betydning.

Forsikringsavtalen kan inngås muntlig samt skriftlig, og er som regel masseavtale utformet ensidig fra selskapets side<sup>9</sup>. Når en avtale er inngått, skal det alltid utstedes et forsikringsbevis, som skal bekrefte avtalens innhold og hen vise til de vilkår som gjelder for avtalen. Formkravene til beviset individuell personforsikring følger av fal. §11-2.<sup>10</sup>

## 2.2 Forsikringsavtaleloven

Dagens forsikringslov av 16. juni 1989 nr.36 trådte i kraft 1 juli 1990. Den avløste forsikringsavtaleloven av 6. juni 1930 nr.20.

I utgangspunktet er fal. er preseptorisk. Dette følger av fal. §10-3. Men ufravikeligheten gjelder kun i favør av forsikringstakeren. Følgelig setter loven ingen begrensninger for selskapets anledning til å inngå en forsikringsavtale som viser seg å være gunstigere for forsikringstakeren enn de minstekrav som følger av loven. Gir avtalen forsikringstakeren rett på forsikringserstatning uavhengig om han er «mer enn lite å legge til last» ved for eksempel en uføreforsikring(kommer tilbake til skyldkravene i del 2) står selskapet fritt til å gjøre det. Fremkommer det av avtalen at forsikringstakeren mister rett på erstatning på et objektivt grunnlag, er dette i strid med fal. Og kan i så henseende ikke gjøres gjeldende av selskapet.

Det følger imidlertid av Fal. §10-3 at «når ikke annet er sagt» kan bestemmelsene fravikes. Det vil si at det er mulig å avtale løsninger som avviker fra normalløsningene fal.<sup>11</sup> De deklarasjoniske bestemmelsene er ment som en mal for utformingen av forsikringsvilkårene og for å forstå og tolke de avvikende løsningene. Reglene vedrørende opplysningsplikten og brudd på denne finner vi i fal. § 13-1 til §13-5.

---

<sup>9</sup> Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s.131

<sup>10</sup> Det strides i teorien hvorvidt en avtale er en rettskilde. Viggo Hagstrøm og Erik Boe påstår at det er en rettskilde mens andre er uenige i at det har en rettskildemessig funksjon. Dog har jeg valgt å fremheve avtalen, siden det alltid foreligger en forsikringsavtale mellom selskapet og forsikringstaker.

<sup>11</sup> For eksempel FAL §12-2, §12-3(4)

## 2.3 Avtaleloven

Avtaleloven av 13.mai 1918 nr.4 gjør seg også gjeldende i forsikringsavtaler<sup>12</sup>. Dog vil avtaleloven få en underordnet plass hvis Fal. inneholder særregler som strider mot de alminnelige avtalerettslige reglene<sup>13</sup>. Oppstår det en konflikt mellom forsikringstaker og selskapet, vil avtaleloven kunne bidra til å løse tvisten. Det er særlig avtaleloven § 36 som blir påberopt av partene, som regel uten at den får noe innvirkning på avgjørelsen. Det viser seg i praksis at det kun er i unntakstilfeller at tvisteløsningsorganet viser til avtaleloven § 36 som et argument for resultatet<sup>14</sup>. Det er ikke sjelden avtaleloven § 36 blir påberopt av en av, uten at det blir tatt i betraktning av domstolen.

## 2.4 Forarbeider

I 1983 kom fal-utvalget med sin første innstilling, NOU 1983:56 Lov om avtaler om personforsikring. Den neste innstillingen kom i 1987, NOU 1987:24, Lov om avtaler om skadeforsikring. 17.mars 1989 ble Ot. Prp. nr.49 (1988-1989) lagt frem i statsråd. Lovforslagene ble da sammenstilt, selv om de var utarbeidet som to atskilte lovforslag. Innst.O. nr 98 (1988-89) som ble sanksjonert 16.juni 1989 vil også være viktig for forståelsen av fal. Samt NOU 2000: 23,Ot.prp. nr. 41 (2007-2008), Ot.prp. nr. 64 (2002-2003)

## 2.5 Praksis

### 2.5.1 Rettspraksis

Høyesterett behandler normalt mellom 2-5 saker vedrørende fal. og ulike avtalevilkår hvert år. Det foreligger omfattende underrettspraksis som kan tjene som eksempler for tvister vedrørende personforsikring. I så henseende vil det være en sentral rettskilde. De

---

<sup>12</sup> NOU 1983:56 s. 36 «Reglene i den alminnelige avtaleloven av 31. mai 1983 får også anvendelse på avtaler om forsikring» det vises særlig til avtalelovens § 36, som gjorde det unødvendig å lovfeste en spesiell lempningsregel i fal.

<sup>13</sup>Se også Fal. §12-2(3) Regulerer ansvarstiden til selskapet. Selskapets blir bundet når det foreligger en anmodning fra forsikringstaker om forsikring uten noen form for aksept fra selskapets side. Denne regelen bryter med de alminnelige avtalerettslige prinsippene ved tegning av kontrakter.

<sup>14</sup>Se FSN 2198 Viser nemnda til hensynene i avtaleloven §36 i avgjørelsen sin.

bestemmelsene i personforsikring som det gjennomgående tvistes om er Fal. §13-1 følgende. Rettspraksis fra før fal. 1989 er fortsatt relevant, men de omveltningene som følger av den nye loven, først og fremst innføringen av skjønnsmessige regler og nye formuleringer i forsikringsvilkår, kan medføre at tidligere rettspraksis på mange områder får mindre betydning<sup>15</sup>.

### 2.5.2 Nemndspraksis

I tillegg til domstolsapparatet møter vi nemnder i forsikringsretten. Nemndene fungerer som alternative tvisteløsningsmekanismer som skal avlaste domstolene og effektivisere prosessen. Lovgiver mente at det var behov for en ordning som skulle gi forsikringstakeren en reell mulighet til å få prøve saken sin uten å måtte bruke store ressurser. Forsikringsselskapene selv, har egne nemnder som behandler klagesaker. Dette er de såkalte selskapsinterne nemndene, som tar standpunkt til tvister som oppstår mellom partene<sup>16</sup>. Avgjørelsene fremstår som selskapets egne og vil ikke bli behandlet i det følgende.

Det er først og fremst de selskapsuavhengige nemndene som er av interesse i vår sammenheng.

1.juli 2010 ble finansklagenemnda opprettet med basis i «Avtale om Finansklagenemnda mellom Forbrukerrådet, Næringslivets Hovedorganisasjon, Finansnæringens Fellesorganisasjon, Finansieringsselskapenes Forening og Verdipapirfondenes forening». Forsikringsnemnda ble da slått sammen med finansklagenemnda bank, som i dag består av 4 nemnder, som er følgende Finansklagenemnda Bank, Finansklagenemnda Person, Finansklagenemnda Skade og Finansklagenemnda Eierskifte.

Når det gjelder personforsikring er det finansklagenemnda person (FKN person) som er av interesse.

FKN person behandler og kommer med uttalelser vedrørende forsikringsvilkår og lovgivning i personforsikringssaker, både for forbrukere og næringsdrivende.

De aller fleste forsikringstvister avgjøres endelig av nemnda. Men systemet har flere svakheter. For det første er uttalelsene kun rådgivende og ikke rettslig bindende for

---

<sup>15</sup>Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s. 49

<sup>16</sup>NOU 1983:56 s. 189

selskapet. I så henseende får de ikke virkning som rettskraftige dommer. Hvis selskapet ikke ønsker å ta uttalelsen til etterretning, skal de varsle nemnda ved sekretariatet innen 30 dager hvis uttalelsen blir fraveket ved erstatningsoppgjøret. Hvis selskapet velger å ikke akseptere avgjørelsen, må de følge fremgangsmåten i «bransjenormen for forsikring» som Finansnæringens Fellesorganisasjon (FNO) har opprettet.<sup>17</sup>

For det andre har nemnda begrenset kompetanse. Anslagsvis avviser nemnda årlig rundt 5 prosent av saken de får seg forelagt. Avvisningsgrunne følger av saksbehandlingsreglene for finansklagenemnda<sup>18</sup>.

Nemndspraksis er en relevant rettskildefaktor, som domstolene ofte viser til i sine avgjørelser som en begrunnelse for resultatet. Imidlertid viser deg seg at det kan virke litt tilfeldig hvorvidt de trekker inn nemndspraksis, da domstolen noen ganger ser helt bort fra nemndspraksis<sup>19</sup>. Ifølge teorien<sup>20</sup> kan det reises spørsmål hvorvidt domstolen anvender nemndspraksis som et argument når de uansett ville kommet til det samme resultatet.

### 2.5.3 Forsikringspraksis

Når et selskap har fulgt en tilnærmet lik praksis over en viss tid, vil det kunne danne seg en praksis innad i selskapet. Selskapenes personforsikringsprodukter er ofte tilnærmet like og opererer med de samme vilkårene. Når de ulike selskapene har fulgt den samme praksisen over en viss tid, vedrørende forståelsen av de samme vilkårene, vil det danne seg en bransjepraksis. Det viser seg i rettspraksis at de ofte refererer til bransjepraksis

---

<sup>17</sup> Vurderingen av om en avgjørelse fra FinKN skal etterleves eller ikke, skal tas på høyt nivå i selskapet. Det vil konkret si administrerende direktør/daglig leder eller den han gir fullmakt. Selskapet skal også gi en grundig begrunnelse til FinKN dersom det velger å ikke følge nemndas avgjørelse.

Selskapet er videre forpliktet til å dekke klagers saksomkostninger i første rettsinstans dersom selskapet ikke følger nemndsavgjørelsen.

<sup>18</sup> En klage kan avvises dersom tvisten vanskelig lar seg behandle uten spesiell sakkyndig kompetanse, åstedsbefaring, gransking eller annen bevisvurdering som er uegnet for nemnda. Klagen kan også avvises på grunn av sitt omfang eller kompliserte saksforhold, eller fordi saken for øvrig ikke egner seg for skriftlig saksbehandling eller nemndsbehandling.

En klage kan avvises fra realitetsbehandling dersom den åpenbart ikke kan føre frem.

<sup>19</sup> Se RT 2000 s.70

<sup>20</sup> Hans Jacon Bull «forsikringsrett» s.53

når de skal avgjøre en tvist.<sup>21</sup> Det hevdes i teorien at domstolen vil tillegge praksis betydelig vekt der løsningen fremstår som uklar eller usikker på bakgrunn av lov eller forsikringsvilkår. Dette gjelder også hvis løsningen fremstår som rimelig og avbalansert. På den andre siden er det grunn til å tro at domstolenes anvendelse av bransjepraksis avhenger av om løsningen fremstår som rimelig<sup>22</sup>.

## 2.6 Juridisk litteratur

I utgangspunktet er litteraturen skrevet som et redskap for studenter og praktiserende jurister. Vektene av uttalelser i litteraturen er for domstolene liten eller helt ubetydelig. Det er ingen samlet fremstilling av alminnelig norsk forsikringsrett etter vedtagelsen av fal. Men det er allikevel skrevet noe om personforsikring etter den nye loven. Særlig ønsker jeg å trekke frem «forsikringsavtaleloven med kommentarer» (2. utg. 2008), Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» (2008). Før forsikringsavtaleloven av 1989, kan jeg nevne Theodor Grundt «Forsikringsrett 1939»

## 3 Forsikringsbransjens historie

Den eldste av alle forsikringsformer er sjøforsikring. Denne forsikringsformen er fundamentet for forsikring og har preget alle forsikringsarter<sup>23</sup>.

Før vi fikk vår første forsikringslov var opplysningsplikten og skyldkravet ved brudd på denne av en annen karakter enn den vi har i dag og for så vidt den som fulgte av fal. 1930. Hadde forsikringstakeren gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger var avtalen ansett for å være ugyldig. Reglene tok ikke hensyn til om det var noe å legge forsikringstakeren til last. Forsikringstakers gode tro fikk i så henseende ingen betydning.

Da vi fikk vår første forsikringslov i 1930, ble reglene vedrørende opplysningsplikten endret. Fal. innførte en regel om «god tro» § 6, som er forgjengeren til bestemmelsen vi har i fal. § 13-2 andre ledd<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> Se for eksempel RT 2003. s. 92 / RT 2005 s. 1112

<sup>22</sup> Hans Jacob Bull «forsikringsrett» s. 57

<sup>23</sup> Theodor Grundt, Forsikringsrett 1939 s. 55

I henhold til forarbeidene hadde fal. 1930 fungert tilfredsstillende frem til den ble avløst i 1989.<sup>25</sup> Det var forsikringsvirksomhetens utvikling som skapte behov for en ny og modernisert lov. Fal.1930 begynte å bli svært mangelfull på flere områder, og noen områder var ikke regulert i det hele tatt. Forarbeidene nevner som eksempel den kollektive forsikringsformen som ble født på midten av 1930-tallet. Det var særlig forbrukervernet som kom i søkelyset ved utarbeidelsen av fal.1989. Loven skulle i langt større grad ivareta forbrukernes behov. I hovedsak dreide det seg om å beskytte forbrukeren mot urimelig avtalevilkår ved å pålegge selskapene en informasjonsplikt og rådgivning, samt et krav til tydelige og klare vilkår, samt opprettelse av tvisteløsningsmekanismer<sup>26</sup>.

En nyvinning ved fal.1989 var at forsikringstaker fikk en uselvstendig opplysningsplikt(kapittel5). Han trenger normalt bare å svare på de spørsmål selskapet stiller. Det er kun i unntakstilfeller han må gi selskapet opplysninger utover det de spør om.

En annen nyvinning var at reaksjonsterskelen for når selskapet skulle kunne reagere ble hevet.<sup>27</sup> Tidligere var det ingen begrensning i lovens bestemmelser som tok forbehold mot uaktsomhet som ikke er «mer enn lite å legge til last». Hvorvidt rettstilstanden er endret, er heller tvilsomt<sup>28</sup>. Avkortningen av selskapets ansvar ble også omgjort fra et pro rata prinsipp til rent skjønn<sup>29</sup>.

---

<sup>24</sup>Theodor Grundt, s. Forsikringsrett 1939 s. 117-118

<sup>25</sup>Ot. Prp. nr. 49 (1988-1989) s. 15

<sup>26</sup>Ot. Prp. nr. 49 (1988-1989) s. 17

<sup>27</sup>NOU 1983:56 s. 87

<sup>28</sup>Hans Jacob Bull «forsikringsrett» s. 285

<sup>29</sup>Hans Jacob Bull «forsikringsrett» s. 286

Pro rata: Innebærer at avkortningen blir foretatt på et hypotetisk grunnlag. Det vil si at hvis selskapet ikke ville inngått avtalen i det hele tatt er det helt uten ansvar og hvis selskapet ville inngått avtalen, avpasset man ansvaret etter hvilken avtale forsikringstakeren ville fått etter den avtalte premien

#### 4 Avgrensninger og den videre fremstillingen

Avhandlingen er todelt. I den første delen behandles forsikringstakers opplysningsplikt ved tegning av forsikring, som i hovedsak reguleres av Fal. § 13-1a, samt bestemmelsene som belyser denne. Det vil kun redegjøres for individuell personforsikring, i så henseende faller kollektiv personforsikring utenfor oppgavens tema <sup>30</sup>.

Forsikringstakers opplysningsplikt er som hovedregel uselvstendig, som i korte trekk betyr at han ikke plikter å gi selskapet opplysninger utover det han blir spurt om. Dette blir behandlet i kapittel 5.

Forutsetningen for at forsikringstaker plikter å svare på selskapets spørsmål er at de ikke er i strid med lov og at opplysningene er av betydning for selskapets vurdering av risikoen.

I kapittel 6 blir det drøftet hvorvidt selskapenes spørreskjema er i strid med lov, og i så henseende hvorvidt forsikringstaker er forpliktet til å svare på spørsmålene fra selskapet og hvilke følger det vil få for selskapets ansvar.

Foreligger det forhold som er så særegent for forsikringstaker at han må forstå at det ikke kan forventes at selskapet spør om det, har forsikringstaker unntaksvis en plikt til å gi selskapet uoppfordret opplysninger om et slikt forhold. Dette følger av den selvstendige opplysningsplikten som jeg behandler i kapittel 7.

I del to behandles avkortning av selskapets ansvar som følge av brudd på opplysningsplikten fra forsikringstaker ved et forsikringstilfelle. Hvorvidt selskapet kan reagere med avkortning vil hovedsakelig bero på hvilken grad av skyld forsikringstakeren har utvist. Hvis forsikringstakeren er uaktsom, men ikke «mer enn lite å legge til last», vil han aldri bli møtt med en avkortning av selskapets ansvar. Overstiger han imidlertid denne uaktsomhetsterskelen, må han i utgangspunktet tåle avkortning i forsikringserstatningen.

---

<sup>30</sup>Fal. § 10-2 bokstav g «kollektiv forsikring: forsikring som omfatter personer i en nærmere angitt gruppe, og eventuelt deres ektefelle, barn, e l. I tvilstilfeller avgjør Kongen 8 om en forsikring er kollektiv.» Det som kjennetegner en kollektiv forsikring er at det foreligger et «trepartsforhold», mellom forsikringstaker som hovedsakelig vil være en forening eller arbeidsgiver, forsikrede som normalt er tilknyttet den bestemte forening eller arbeidstakerne og selskapet. Bestemmelsene i FAL del B gjelder også ved kollektiv forsikring. som i tillegg reguleres av særregler i Kap.19.

Først vil jeg redegjøre for reaksjonsterskelen hvor forsikringstaker har forsømt opplysningsplikten uaktsomt eller forsettlig, men ikke svikaktig. For så å behandle «sviktilfellene», henholdsvis jf. fal. § 13-2 første og andre ledd. Avslutningsvis behandles begrensninger i selskapets adgang til å påberope seg mangelfulle opplysninger jf. fal. § 13-4.

Andre sanksjoner fra selskapet ved brudd på opplysningsplikten vil ikke bli behandlet.

## **5 Den uselvstendige opplysningsplikten**

### **5.1 Forsikringstakers passive opplysningsplikt**

Utgangspunktet i FAL1989 er at forsikringstaker har en uselvstendig opplysningsplikt. Forsikringstaker plikter fortrinnsvis bare å svare på de spørsmål han blir forelagt fra selskapet, dette følger av fal. § 13-1a(1) jf 13-1a(1)1pkt.

*«Selskapet kan be om opplysninger som kan ha betydning for dets vurdering av risikoen»*

Normalt vil selskapet stille spørsmål om forsikringstakers helse, alder og yrke<sup>31</sup>. Slik som loven er bygd opp, vil selskapets risikovurdering fullt ut avhenge av hvilke spørsmål selskapet stiller.

Opplysningsplikten er som regel oppfylt når han har svart riktig og fullstendig på spørsmålene fra selskapet, og for øvrig lojalt har gitt de tilleggsopplysninger som selskapet finner grunn til å innhente, og eventuelt har stilt seg til rådighet for legeundersøkelse.<sup>32</sup>

### **5.2 Forsikringstakers plikt til å svare på spørsmål**

For at forsikringstakeren skal kunne besvare spørsmålene til selskapet på en tilfredsstillende måte, er det krav til at spørsmålene oppfyller visse kriterier. Spørsmålene må være lettoppfattelige og konkrete. Dette følger ikke direkte av

---

<sup>31</sup> Hans Jacob Bull «forsikringsrett» s. 269

<sup>32</sup> NOU 1983 :56 s. 77



ordlyden, men fremkommer av forarbeidene<sup>33</sup>. Det skal ikke være opp til forsikringstaker å vurdere hvilke opplysninger som er relevante. Det kreves at spørsmålene har en viss grad av presisjon. Hvis spørsmålene ikke oppfyller dette kravet, vil domstolen innfortolke en terskel for når et spørsmål er uriktig eller ufullstendig besvart.<sup>34</sup>

Eksempelvis hvis selskapets spørsmål er: Lever du sundt?

Dette spørsmålet må antas å være ganske relativt. Hva forsikringstaker legger i begrepet «sundt» kan være noe helt annet enn hva andre personer legger i begrepet.

Forsikringstaker kan mene det er sundt å spise litt «junk food» om dagen, så lenge han trener en gang eller to i uken. Mens andre mener det er «sundt» å trene daglig og aldri spise «junk food». Forsikringstakers plikt til å gi riktig og fullstendig opplysninger, må ses i lys av hans subjektive oppfatning. Så lenge han tror det er riktig å opplyse at han lever sundt, selv om han objektivt sett ikke gjør det, har han i utgangspunktet oppfylt opplysningsplikten, selv om han svarer «ja» på spørsmålet. Det må antas at forsikringstakers livsstil må avvike betydelig fra hva som objektivt sett er «å leve sundt» før han har svart uriktig.

Det følger av forarbeidene at det ikke kan kreves svar på spørsmål som «andre forhold som er av betydning for selskapets vurdering av helsetilstanden». Et slikt spørsmål vil kunne medføre at det er forsikringstaker som skal vurdere hva som er relevante opplysninger for selskapets vurdering av risikoen<sup>35</sup>. Storebrand forsikring bruker imidlertid den samme spørsmålsformuleringen spørreskjemaet «er det andre forhold som er av betydning for selskapets vurdering av risikoen eller har du tilleggsopplysninger». Som jeg kommer tilbake til i kapittel 7 har forsikringstaker unntaksvis en selvstendig opplysningsplikt.

Forutsetningene for at forsikringstakeren skal svare på et slikt spørsmål som nevnt i forarbeidene, beror på hvorvidt den selvstendige opplysningsplikten er aktivert. Hvis

---

<sup>33</sup> NOU 1983:56. s. 87

<sup>34</sup> Se RT 2000 s. 59 «spørsmålene var for generelle og vidtfavnende at det må innfortolkes en terskel for når de kan anses uriktig besvart.»

Avgjørelsen er imidlertid vedrørende en kollektiv forsikringsavtale, hvor spørreskjemaet er vesentlig forenklet. Prinsippet gjør seg imidlertid gjeldene i individuell personforsikring.

<sup>35</sup> NOU 1983:56 s. 87

forholdet er av en karakter som ikke utløser den selvstendige opplysningsplikt, er det nærliggende at det ikke foreligger « ufullstendige » opplysninger hvis han ikke svarer på spørsmålet. Sett i lys av domstolens strenge krav til spørsmålsformuleringen og sammenhengen i loven.

Forsikringstaker kan imidlertid ikke tolke spørsmålene helt etter sin ordlyd. Hvis det er nærliggende at et spørsmål dekker hans forhold og han forstår at selskapets intensjoner ved å stille et slikt spørsmål er å fange opp nettopp dette forholdet, plikter han å svare slik han forstår spørsmålet. Dette gjelder uavhengig av om det ikke ordrett fanger opp hans egen situasjon. Forarbeidene bruker som eksempel « spørres det f.eks, om sykehusopphold, må kunde også si ifra hvis han har vært innlagt på militære sykestuer o.l.»<sup>36</sup>

Problemstillingen var oppe i lagmannsretten (LB-1997-00088)

*”Selv om flere av spørsmålene i helseskjemaet var slik utformet at de ikke helt passet i As tilfelle, og selv om enkelte avkryssinger derfor isolert sett kunne fremstå som riktige, ble totalbildet helt feil. Dette måtte A ha forstått. At forsikringsselskapet har ansvar for spørsmålsstillingene endrer ikke dette”*

### Praksis

I praksis viser det seg at spørsmålene til selskapene ved tegning av individuell personforsikring, er svært detaljerte og dekker de alminnelige forholdene. I så henseende er det lite rom for selvstendig tolkning.

### 5.3 Opplysninger som forsikringstaker ikke trenger å svare på

Foreligger det ikke saklig sammenheng mellom helseopplysningen og selskapets vurdering av risikoen, kan opplysningene ikke brukes til å nekte forsikringstaker å inngår en avtale eller bruke opplysningene til å påvirke avtalevilkårene.<sup>37</sup>

Opplysninger om hvorvidt forsikringstaker bruker medikamenter, er av betydning for selskapets risikovurdering ved tegning av en livsforsikring og i så henseende plikter forsikringstaker å opplyse selskapet om det, hvis han blir spurt. Men hvis

---

<sup>36</sup> NOU 1983:56 s. 87

<sup>37</sup> Erik Røsæg «TFE 2009-3De nye reglene om helserisiko i forsikring I» pkt.2.1

forsikringstaker eksempelvis blir spurt om sin kriminelle fortid ved tegning av en kreftforsikring, vil det vært av underordnet betydning for selskapets vurdering av risikoen isolert sett for det bestemte forsikringsproduktet. Risikoen for at han er mer disponibel for kreft med en kriminell fortid er helt fraværende. At slike opplysninger kan gi indikasjoner på at han er en uredelig person og som selskapet i så henseende ikke vil kontrahere med, medfører ikke at forsikringstaker plikter å opplyse om det. Da det er helt uvesentlig for risikovurderingen

### Begrensninger i lov

Forsikringstakers opplysningsplikt må ses i lys av de begrensninger som følger av loven. Det fremkommer betydelige begrensninger for hvilke spørsmål forsikringstaker trenger å svare på.

Forsikringstakers plikt til å svare på spørsmål fra selskapet er en følge av motstridenes hensyns vekt. På den ene siden forsikringsselskapenes interesser i å kunne beregne forsikringstakers risiko, på den andre siden personvern og samfunnsinteresser<sup>38</sup>. Hvilke spørsmål som er i strid med gjeldene rett, som følgelig forsikringstaker ikke trenger å svare på, vil bero på hvilke spørsmål som stilles sett i lys av helheten i de enkelte spørreskjemaene. Forarbeidene til de ulike bestemmelsene gir føringer på hva som er tillatt. Det viser seg i praksis at selskapene har en rimelig stor frihet til å stille spørsmål som forsikringstaker i utgangspunktet plikter å svare på.

Opplysninger forsikringstaker ikke trenger eller har lov til å gi selskapet, følger av fal. andre steder i lovverket, samt retningslinjer og føringer i forarbeidene<sup>39</sup>.

I fal. er det særlig § 13-1b som begrenser forsikringstaker opplysningsplikt.<sup>40</sup> Jeg vil kun redegjøre for denne.

---

<sup>38</sup>NOU 2000: 23 pkt. 6

<sup>39</sup> Andre begrensninger følger av regler utenfor FAL, eksempelvis Bioteknologiloven( som jeg kommer tilbake til i pkt.7), helsepersonell loven, helseregisterloven, personopplysningsloven, diskrimineringsloven, EMK.

NOU 2000: 23 pkt. 1.1 nevner uttrykkelig at forsikringssøker ikke trenger å ta nye tester (HIV-test e.l.) retten til ikke å vite veier tynger enn selskapenes rett på opplysninger. Unntaksvis kan det kreves at forsikringssøker tar nye tester. Dette gjelder for særlig høye forsikringer.

<sup>40</sup> Fal. § 13-1b «Selskapet kan ikke be om helseopplysninger som ligger mer enn ti år tilbake i tid»

#### 5.4 Tidsgrense for forsikringstakers opplysningsplikt

Hovedreglene og utgangspunktet i fal. er at forsikringstakeren skal opplyse om alle forhold han kjenner til vedrørende egen risiko. Det følger imidlertid et unntak i fal. § 13-1b som begrenser forsikringstakers opplysningsplikt<sup>41</sup>. I henhold til bestemmelsen kan ikke selskapet be om opplysninger som er eldre enn ti år tilbake i tid. Slike opplysninger vil normalt ha liten relevans for vurderingen av risikoen, samt medføre betydelig administrasjonsarbeid, som kan gi seg utslag i høyere premie, sett i lys av at selskapet må bruke ressurser på den enkelte avtale.

Ordlyden «kan ikke be om» vil etter en naturlig forståelse tilsi at bestemmelsen er absolutt. Det vil i utgangspunktet si at dersom det var et eller flere alvorlige forhold vedrørende forsikringstakers helsetilstand som inntraff for 11 år siden, plikter han ikke å opplyse om det. Det følger imidlertid av forsikringstakers selvstendige opplysningsplikt( kapittel 7) at han skal opplyse om «særlige forhold som han må forstå er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen» jf. fal. § 13-1a(2) siste punktum. Som det følger av forarbeidene at «han har en berettiget forventning om å dø tidlig». <sup>42</sup>

For eksempel hvis familien til forsikringstaker vokste opp i nærheten av Tsjernobyl-ulykken, som har medført at familiemedlemmene gjennomgående dør før de har fylt 30 år, uten at det påvises noen konkrete symptomer før dødsfallet. Dette forholdet kan forsikringstaker være forpliktet til å opplyse om, uavhengig om opplysning er mer enn ti år tilbake i tid, som en følge av den selvstendige opplysningspliktene.(se kapittel 7).

#### Forsikringstaker ønsker å gi selskapet opplysninger som er eldre enn ti år

Det kan tenkes at forsikringstaker selv ønsker å komme med opplysninger som er mer enn ti år tilbake i tid. For eksempel for å begrunne hvorfor han har en spesiell sykdom. Ordlyden «kan ikke be om» kan tale for at dette er tillatt, da det ikke er selskapet som ber om opplysningene. Bestemmelsen må imidlertid ses i lys av fal. 13-1c, som setter en absolutt grense mot at selskapet kan påberope seg opplysninger i strid med lov. Hvis forsikringstaker hadde adgang til å gi helseopplysninger som er over ti år tilbake i tid, har selskapet ingen anledning til å følge dem opp og faktasjekke opplysningene.

---

<sup>41</sup> Fal. § «Selskapet kan ikke be om helseopplysninger som ligger mer enn ti år tilbake i tid»

<sup>42</sup> NOU 2000:23 pkt. 9.2.1

Dette kan medføre at forsikringstaker gir selskapet uriktige opplysninger som de ikke har anledning til å motbevise.<sup>43</sup>

Verken forarbeidene eller praksis har belyst denne problemstillingen. Men sett i lys av sammenhengen i loven, er det grunn til å tro at forsikringstaker ikke kan gi opplysninger til selskapet som er mer enn ti år tilbake i tid.

#### Tidsfristens starttidspunkt

Når ti års fristen begynner å løpe kan i enkelte tilfeller by på problemer.

Ifølge forarbeidene er «det avgjørende ikke når sykdommen sist oppsto, men når den sist ga seg utslag i symptomer eller andre konstaterte sykdomstegn». <sup>44</sup> Det vil si at forsikringstaker kan ha vært tilsynelatende helt frisk de siste 11 årene, men har det oppstått symptomer på en sykdom innenfor ti års fristen, skal han opplyse selskapet om forholdet. Hvis forsikringstaker i Tsjernobyl-eksempelet ovenfor hadde fått en reaksjon som indikerer at han lider av en sykdom i tiden før tegning. Har han en plikter til å opplyse selskapet om forholde, dette gjelder uavhengig om sykdommen er endelig konstatert.

#### Blir forsikringstaker i praksis lurt til å gi opplysninger som er mer enn ti år tilbake i tid?

Det viser seg i praksis at Gjensidige og Storebrand forsikring opplyser om tidsgrensen i fal. § 13-1b, men har spørsmålsformuleringer som indikerer at denne fristen allikevel ikke gjelder. Vital forsikring nevner ikke denne begrensningen i informasjonsvedlegget. I så henseende kan dette være brudd på selskapets informasjonsplikt jf. fal. § 13-1.

#### Vital forsikring (se vedlegg «vital forsikring» skjema 2 pkt.4)

Spørreskjemaet til Vital kan tilsynelatende gi indikasjoner på at forsikringstaker også plikter å gi opplysninger som er over ti år tilbake i tid. Skjemaet har følgende anmodning til forsikringstaker : «Du skal opplyse om alle forhold det spørres som, selv om disse er tilbake i tid og du nå anser deg som frisk...vanlig barnesykdommer(i barndommen)...er det ikke nødvendig å gi opplysninger om». Skjemaet presiserer at det

---

<sup>43</sup>Erik Røsæg 2009 «De nye reglene om helserisiko i forsikring I - Reglene om opplysningsplikt» s. 240-241

<sup>44</sup> NOU 2000:23 pkt. 9.5.2

skal opplyses om forhold tilbake i tid, uten å opplyse om ti års fristen. Videre følger det av formuleringen, at vanlige barnesykdommer skal det ikke opplyses om. En mulig tolkning av selskapets formulering i informasjonsvedlegget, kan være at det kun er alminnelige barnesykdommer i barndommen, forsikringstaker ikke skal gi opplysninger om.

For eksempel hvis forsikringstaker er 40år. Han kan da tolke skjemaet slik at han må opplyse om alle forhold tilbake i tid, med unntak av sykdommer fra «barndommen», som må antas å være til han er 12år. Det vil si at han kan tro at han må opplyse om alle forhold de siste 28 årene. Videre er det presisert i enkelte spørsmål at det er en tidsgrense på 5 eller 10 år. Men gjennomgående er det ikke oppgitt noen tidsramme. Dette kan gi forsikringstaker en oppfordring til å gi «ulovlige» opplysninger, sett i lys av at det i enkelte spørsmål er presisert at det foreligger en tidsgrense, mens i andre spørsmål er det ikke presisert. Forsikringstaker kan da få en oppfatning av at det ikke gjelder noen tidsgrense i de spørsmål hvor det ikke uttrykkelig fremkommer.

#### Storebrand og Gjensidige forsikring (se vedlegg «Gjensidige forsikring» skjema 3 pkt.3)

Det er opplyst om 10 års fristen i informasjonsvedlegget. Men de har imidlertid flere spørsmål som indikerer at denne fristen allikevel ikke gjelder. For eksempel spør de om forsikringstaker eller noen i hans nærmeste familie har hatt kreft. Hvis forsikringstaker hadde kreft for 15 år siden, men ble raskt behandlet og har vært helt symptomfri de siste 11 årene, trenger han i utgangspunktet ikke å svare på dette spørsmålet. Han kan imidlertid ha en plikt til å opplyse om dette forholdet som en følge av den selvstendige opplysningsplikten (kapittel 7). Forutsetningen er da at han vil være vesentlig mer disponibel for kreft eller andre sykdommer, enn det andre forsikringstakere er, før han har en plikter til å svare på spørsmålet.

Når det gjelder spørsmålene om noen i den nærmeste familien har hatt særlig alvorlige sykdommer som selskapene spør om (se kapittel 6), er det lite som taler for at forsikringstaker har en utvidet opplysningsplikt vedrørende tredjemenn. Det er ikke presisert i lovteksten at helseopplysningene er forbeholdt forsikringstakeren. Etter en naturlig forståelse av ordlyden, kan det trekke i retning av at bestemmelsen begrenser selskapet å motta helseopplysninger som er over ti år tilbake i tid, uansett om det er forsikringstaker selv eller en tredjemann. Det vil si at hvis foreldrene til forsikringstaker

hadde kreft for 15 år siden, men ble «friskmeldt» etter 2 år uten å ha noen videre symptomer i kroppen. Har han ingen plikt til å gi selskapet slike opplysninger. På en annen side kan spørsmålet til selskapet forstås slik at forsikringstaker skal opplyse om en aktuell risiko, som ligger i nåtiden. Selv om foreldrene har hadde kreft for 15 år siden og har vært helt frisk og uten symptomer de siste 10 årene, vil det forhold at foreldrene hadde en potensielt arvelig sykdom fortsatt være en aktuell risiko for forsikringstaker, sett i lys av at det er genene til forsikringstaker som er risikoen. Det er grunn til å tro at han har en plikt til å svare på dette spørsmålet, da risikoen ligger i nåtiden. Det forhold at foreldrene til forsikringstaker ikke lenger har sykdommen, vil ikke minske sjansene for at forsikringstaker arver en slik sykdom. Det er genetikken som er avgjørende for hvorvidt han medfører en høyere risiko enn andre forsikringstakere.

## **6 Forsikringstakers plikt til å gi selskapet tredjemanssopplysninger og lovligheten av selskapets spørsmål**

Meningen med helseopplysningene til forsikringsselskapene skal være avgrenset til opplysninger om en bestemt person. Innhente informasjon om tredjemann, vil kunne være i strid lov.<sup>45</sup> Selskapene innhenter rutinemessig opplysninger vedrørende forsikringstakers familie. Hvorvidt det er det tillat beror på en konkret vurdering av spørsmålene i spørreskjemaet sett i sammenheng.

Drøfter avslutningsvis hvorvidt spørreskjemaene til selskapene er i strid med gjeldene rett og hvilke følgene det får for forsikringstaker hvis han svarer uriktig eller ufullstendig på et spørsmål i strid med lov.

Det følger det av FAL § 13-1c at selskapet ikke kan påberope seg opplysningene i en oppgjørssituasjon.<sup>46</sup> I så henseende vil forsikringstaker ikke bli møtt med en avkortning av selskapets ansvar basert på de uriktige eller ufullstendige opplysninger som er i strid med lov.

---

<sup>45</sup> Erik Røsæg «De nye reglene om helserisiko i forsikring II - Genetisk disposisjon» s.343

<sup>46</sup> Ot. prp.41 (2007-2008) s.102

Etter en gjennomgang av helseerklæring -skjemaene til selskapene. Viser det seg at Gjensidige og Storebrand har relativt mange konkrete spørsmål om foreldrene eller søsknene til forsikringstaker har eller har hatt ulike sykdommer, som i medisinsk forstand kan være potensielt arvelige. Det antas at opplysninger om arveanlegg ikke skal brukes til utvelgelse eller utelukkelse av personer ved tegning av forsikring<sup>47</sup>.

For å få indikasjoner på forsikringstakers arveanlegg, må det innhentes opplysninger fra forsikringstakers familie. Hvis selskapets intensjoner bak spørreskjemaet er å kartlegge forsikringstakerens genetikk, for deretter å vurdere hvorvidt han får av avtale eller en avtale på andre vilkår, basert på de opplysningene forsikringstakeren gir selskapet vedrørende familiens sykdomshistorikk, kan være rettstridig.

Det følger av forarbeidene at forsikringstaker ikke kan bli spurt om taushetsbelagte opplysninger som ikke angår hans eget forhold.<sup>48</sup> Han kan eksempelvis ikke bli sprut om faren eller moren har HIV. For å kunne innhente slik informasjon kreves hjemmel. Hjemmelsgrunnlaget er i så henseende samtykke. Forsikringstaker kan ikke samtykke på vegne av tredjemann.

Selskapene har imidlertid mulighet til å komme rundt lovgivningen ved å spørre om en videre omgangskrets har hatt eller har ulike sykdommer. Men uavhengig av om spørsmålene ikke retter seg mot en bestemt person, vil de kunne være i strid med loven. Tredjemannsopplysninger må utveksles med særlig varsomhet da det kan medføre fengsel opptil 3 måneder hvis forsikringstaker gir selskapet opplysninger som er i strid med bioteknologiloven,<sup>49</sup> samt faren for at slike opplysninger kommer på avveie, begrunner hensynet til diskresjon.<sup>50</sup>

Er spørsmålene til selskapene i strid med bioteknologiloven § 5-8(2)? (se spørreskjemaet)

---

<sup>47</sup> Ot.prp. nr.64 (2002-2003) s.136

<sup>48</sup> Ot.prp. nr.64 (2002-2003) s.136

<sup>49</sup> Bioteknologiloven §7-5

<sup>50</sup> NOU 2000:23 pkt. 6.1.3 «Til personvern hensyn regnes også risikoen for og frykten for at personlige opplysninger, så som helseopplysninger, skal komme på avveie.»



Spørreskjemaet til Gjensidige og Storebrand forsikring har henholdsvis 8 og 6 spørsmål om hvorvidt foreldre eller søsken til forsikringstaker har eller har hatt ulike alvorlige sykdommer. Spørreskjemaet til Vital forsikring har ingen tredjemannsspørsmål.

Jeg finner det hensiktsmessig å behandle spørreskjemaene til Gjensidige og Storebrand forsikring under ett, da de inneholder til dels de samme spørsmålene og det må antas at opplysningene fra forsikringstaker behandles og benyttes til det samme formålet, sett i lys av at de driver samme virksomhet og tilbyr det samme produktet.

#### Se skjema 1

Gjensidige forsikring	Storebrand forsikring
-----------------------	-----------------------

Har dine foreldre eller søsken hatt:

Kreft	Multippel sklerose
Hjerte- og karsykdommer	Hjerte karsykdommer før 65
Parkinsons sykdom	Hjerneslag før 65
Multippel sklerose	Nyresykdommer før 65
Nyresykdom	Diabetes før 65
Hjertesvulst	Kreft før 65
Hjerneslag	
Diabetes	

#### Argumenter for hvorvidt spørsmålene er i strid med bioteknologiloven.

I utgangspunktet skal forsikringstaker opplyse om alle forhold selskapet spør om, som kan ha betydning for selskapets risikovurdering jf. fal. § 13-1a. Etter en naturlige forståelse av bestemmelsen isolert, vil dette også inkludere opplysninger om sykdommer i forsikringstakers familie, sett i lys av at mange sykdommer er i medisinsk forstand arvelige og kan være av betydning i en risikovurdering.

Det følger imidlertid av biol.§5-8(2) at det ikke er lov å spørre om det har vært foretatt «systematisk kartlegging av arvelige sykdommer». <sup>51</sup>

Gjensidige og Storebrand forsikring har i spørreskjemaene relativt mange spørsmål vedrørende familiens sykdomshistorikk. Når spørsmålene kommer i flertall vil det

---

<sup>51</sup> Bioteknologiloven § 5-8(2) «Det er forbudt å spørre om genetiske undersøkelser eller systematisk kartlegging av arvelig sykdom i en familie har vært utført».

lettere kunne rammes av bestemmelsen ved at det vil kunne gi tilsvarende informasjon som bestemmelsen skal forhindre at kommer ut. Det vil si informasjon om arvelige sykdommer eller sykdomsdisposisjoner som genetiske undersøkelser.

I følge forarbeidene er det en absolutt skranke mot å spørre om det forekommer bestemte arvelig sykdommer i familien, dog er det lov å spørre om foreldrene eller søsknene har hatt kreft.<sup>52</sup> Noen former for kreft er som kjent særlig arvelig betinget.<sup>53</sup> Spørreskjemaene har et spørsmål om hvorvidt foreldre eller søsken har eller har hatt diabetes. Det er antatt i teorien at et spørsmål om foreldre eller søsken har diabetes type 1, er i strid med gjeldende rett ved tegning av barneforsikring, da det utelukkende er arv man er ute etter, og kartlegging av de relevante forekomstene er så vidt fullstendig at det nok må regnes som «systematisk»<sup>54</sup>.

Det er presisere at det er ved tegning av barneforsikring at dette spørsmålet neppe er lovlig. Det betyr ikke at man automatisk kan trekke den slutningen at spørsmålet er tillatt ved et annet forsikringsprodukt. Hvis dette spørsmålet ikke er tillatt vedrørende en bareneforsikring, er det uansett grunn til å tro at spørsmålet er helt i grenseland for hva som er tillatt å spørre om, da spørsmålet ønsker svar på forsikringstakerens genetikk.

### Tolkningsresultater

I henhold til ordlyden kan mye tale for at skjemaene er i strid med bioteknologiloven § 5-8(2), forbudet mot «systematisk kartlegging» i og med at det er henholdsvis 8 og 6 spørsmål vedrørende forsikringstakers familie det må opplyses om.

Det er vanskelig å trekke en konkret slutning ut fra forarbeidene, sett i lys av at presiserer at det er fullt tillatt å spørre om noen i familien har hatt kreft, men det kan ikke spørres om det forekommer bestemte arvelige sykdommer. Det er på det rene at noen former for kreft er potensielt arvelige. En mulig slutning kan være at det kun er lov å spørre om noen i familien har eller har hatt en form kreft som ikke i medisinsk

---

<sup>52</sup>Ot. prp. nr. 64 (2002-2003) s. 136

<sup>53</sup>Arne Berg, Ontologisk sykdomslære 2010 3. utgave: Brystkreft, eggstokk kreft, prostatakreft og testikkelkreft er eksempelvis former for kreft som i medisinsk lære i mange tilfeller er nedarvet. Ved testikkelkreft kan genetiske mutasjoner som gir opphav til kreft allerede skje i fosterlivet, som sannsynligvis er grunnen til at det ofte rammer unge menn.

<sup>54</sup>Erik Røsæg «De nye reglene om helserisiko i forsikring II - Genetisk disposisjon» s.339

forstand er arvelig. Denne slutningen kan imidlertid virke relativt søkt, siden det ikke er sikker vitenskap hvorvidt flere av kreftsykdommer er arvelig betinget eller ikke.

Selskapenes intensjoner må imidlertid antas å være å fange opp også de arvelige formene for kreft, sett i lys av at de andre sykdomsdisposisjonene det spørres etter også i medisinsk forstand er potensielt arvelige. I en risikovurdering er det opplysninger om arv og genetikk som vil være av størst betydning for selskapets vurdering av risikoen, da det er de som særlig kan gi indikasjoner på forsikringstakers helseutsikter.

Det må imidlertid antas at det er tillatt å spørre om noen i den nærmeste familien er eller har vært rammet av kreft, uansett hvilken type. Da dette uttrykkelig er presisert i forarbeidene, uten noen videre utdypelse av hva som er lovgivers intensjoner og hvorvidt det bare gjelder bestemte former for kreft. Men det er ikke utenkelig at de resterende spørsmålene er «bestemte arvelige sykdommer» så i så henseende rammes av forbudet i bioteknologiloven<sup>55</sup>.

Erik Røsæg presiserer i sin juridiske artikkel at «Tommelfingerregelen om slike spørsmål må antakelig være at de strider mot bioteknologiloven om det er naturlig å presisere det slik at det ikke omfatter halvsøsken og/ eller adoptivsøsken»<sup>56</sup>

Selskapene sine spørsmål utelater halvsøsken og adoptivsøsken. Det er kun biologiske førstegradsslektninger de ønsker opplysninger om. Det argumentet trekker i retning av at spørreskjemaet er i strid mot lov.

### Oppsummering

I hvilken utstrekning slike tredjemansspørsmål er tillatt, må anses uavklart.

Men sett i lys av lovteksten, forarbeidene og argumentene i Erik Røsægs juridiske artikkel, samt hensynet mot å forskjellsbehandle mennesker på grunnlag av arv og genetikk, er det ikke usannsynlig at spørreskjemaene til Gjensidige og Storebrand er i strid med bioteknologiloven § 5-8(2).

---

<sup>55</sup> Ot.prp. nr. 64 (2002-2003) s. 136

<sup>56</sup> Erik Røsæg «De nye reglene om helserisiko i forsikring II - Genetisk disposisjon» s.339

## 7 Den selvstendige opplysningsplikten

### 7.1 Forsikringstakers aktive opplysningsplikt

Hovedregelen er at forsikringstagers opplysningsplikt er uselvstendig (se kapittel 5), han plikter i utgangspunktet ikke å gi selskapet opplysninger de ikke uttrykkelig spør etter. Det er imidlertid praktisk umulig å lage et spørreskjema som er så detaljert at de fanger opp enhver situasjon. Er det forhold ved forsikringstaker som er så upåregnelig at det ikke kan forventes at selskapet spør om. Kan forsikringstaker etter omstendighetene ha en selvstendig opplysningsplikt. Dette følger av fal. § 13-1a (2) siste pkt.

«Forsikringstager og den forsikrede plikter å opplyse om særlige forhold som de må forstå at er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen»

Det er tre vilkår som må være oppfylt for at forsikringstakeren har en selvstendig opplysningsplikt. Etter bestemmelsen må det foreligge et «særlige forhold» som forsikringstakeren «må forstå» er av «vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen».

Det følger av forarbeidene at den selvstendige opplysningsplikten er for de helt spesielle tilfellene, som forsikringstaker åpenbart er klar over er av vesentlig betydning for selskapet og forholdet må være så ualminnelig at det ikke kan forventes at selskapet reiser spørsmål om det. Et eksempel som følger fra de svenske forarbeidene er at «forsikringstakeren vet at han er ettersøkt av en terroristgruppe, og tegner livsforsikring for å beskytte familien økonomisk som følge av et eventuelt attentat»<sup>57</sup>

Forutsetningen for at selskapet kan forvente at forsikringstaker kommer med egne opplysninger som ikke fremkommer av spørreskjemaet, er at selskapene kunne hatt muligheten til å spørre om det<sup>58</sup>. Det er grunn til å tro at selskapet kunne spurt forsikringstakeren om han var ettersøkt av en terroristgruppe, men situasjonen er så ualminnelig at det ikke kan forventes at de gjør det.

Det som er avgjørende for at forsikringstaker plikter å gi opplysninger av eget tiltak, er ifølge forarbeidene at selskapet må ha gjort forsikringstaker klar over at han har en aktiv opplysningsplikt og konsekvensen for forsikringstaker dersom det ikke gis slike

---

<sup>57</sup> Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s.62-63

<sup>58</sup> Ot.prp. nr. 41 (2007-2008) s.66

opplysninger. Om selskapet unnlater å gi forsikringstakeren en slik oppfordring, er det først og fremst mindre sannsynlig at han gir selskapet opplysninger av eget initiativ. For det andre kan selskapet miste retten til å påberope seg at opplysningsplikten er forsømt for så vidt gjelder opplysninger som ellers skulle vært gitt i medhold av denne bestemmelsen.<sup>59</sup> I så henseende blir det et spørsmål om selskapets har oppfylt sin informasjonsplikt.<sup>60</sup>

I praksis viser det seg at både Gjensidige og Storebrand gir en oversiktlig og god redegjørelse som det er nærliggende å anta er i samsvar med det som kreves etter fal. § 13-1<sup>61</sup>. Hvorvidt Vital følger oppfordringene i forarbeidene må anses som usikkert<sup>62</sup>.

## 7.2 «særlige forhold»

Det må objektivt foreligge «særlige forhold». Ut i fra en naturlig språklig forståelse av ordlyden skal det svært mye til før forsikringstaker plikter å gi opplysninger utover det selskapet spør om.

Det følger av forarbeidene at «i kravet om at det må være et særlig forhold ligger at det må dreie seg om opplysning som er så spesiell at det ikke med rimelighet kan forventes

---

<sup>59</sup> Ot.prp. nr. 41 (2007-2008) s.68

<sup>60</sup> Se Fal. §13-1

<sup>61</sup> Ot.prp. nr. 41 (2007-2008) s.67-68

<sup>62</sup> Gjensidige må antas å oppfylle kravene i FAL §13-1, det følger av egenerklæringsskjemaet at de opplyser om betydningen forsikringstakers svar: «uriktige eller ufullstendige opplysninger, kan medføre at rettigheter i henhold til forsikringsavtalen bortfaller eller blir redusert» deretter har de et punkt «din opplysningsplikt» som redegjør klart og tydelig at egenerklæringen må utfylles riktig og fullstendig og opplyse om alle forhold det spørres etter, selv om disse er tilbake i tid og du nå anser deg som frisk, både fysisk og psykisk. Til slutt i skjemaet har de en større rubrikk med navnet «tilleggsopplysninger om din helse»

Storebrand sitt egenerklæringsskjema er i all hovedsak likt utformet.

Spørreskjemaene til Vital er utformet på en litt annen måte. I informasjons-vedlegget gis det ingen oppfordring til forsikringssøker om å gi ekstra informasjon utover de spørsmål som blir stilt. Men avslutningsvis er det en liten avkrysnings rubrikk som kan hukes ut hvis forsikringssøker legger ved opplysninger som «kan ha betydning for søknaden». Det er heller ikke gitt noe informasjon om hva som menes med «kan ha betydning for søknaden». En forsikringstaker som ikke er kjent med bransjenormen og hva selskapet forventer av opplysninger, vil lettere kunne unnlate å gi slike tilleggs opplysninger.

at selskapet på eget initiativ vil reise spørsmål om det». <sup>63</sup> Det må etter all sannsynlighet vil skje et forsikringstilfelle i nær fremtid.

Som det fremgår av ordlyd og forarbeider skal det svært mye til før vilkåret er oppfylt.

I terrorist-eksempelet (pkt. 7.1) foreligger det en overhengende fare for at forsikringstakeren vil bli utsatt for et angrep, sannsynligheten for at det vil inntreffe et forsikringstilfelle er vesentlig høyere for han enn den er for den «alminnelige» forsikringstaker. Det må antas at det foreligger et «særlig forhold» objektivt sett.

Det kan tenkes at han går klar av bestemmelsen hvis han i stede for å være ettersøkt av en terroristgruppe er ettersøkt av Hells-Angels, da det må antas at en trussel fra Hells-Angels objektivt sett ikke er like «truende».

Hvis han bare er «hatet» av en kriminell gjeng eller lignende. Er det grunn til å tro at vilkåret ikke oppfylt.

### 7.3 «må forstå»

Det neste vilkåret er at forsikringstakeren «må forstå» at det foreligger et særlig forhold.

En «mer eller mindre begrunnet mistanke» utløser ikke den selvstendige opplysningsplikten, han må ha positiv kunnskap om forholdet<sup>64</sup>. I terrorist-eksempelet (kapittel 7.1) er det ikke tilstrekkelig at han objektivt sett er ettersøkt av en terrorist gruppe. Han «må forstå» at det er overhengende fare for å bli utsatt for et angrep. Hvis han ikke oppfatter alvoret i situasjonen og tenker at trusselen kan være fiktiv, er vilkåret ikke oppfylt.

### 7.4 Må forstå er av «vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen»

Det siste vilkåret for den selvstendige opplysningsplikten er at forsikringstaker «må forstå» at opplysningene er av «vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen».

Det følger av Ot.prp.nr.49 (1988-1989) s.63

---

<sup>63</sup> Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s.120 jf s. 63

<sup>64</sup> Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s.120 jf s. 63

*«Dette vil f.eks være tilfelle hvor forsikringstakeren må forstå at selskapet ikke vil ta forsikringen med kunnskap om forholdet, eller eventuelt bare vil tegne forsikringen mot en vesentlig tilleggspremie eller ta forbehold om ansvarsfrihet for forsikringstilfelle som skyldes forholdet.»*

I terrorist- eksempelet(kapittel 7.1) forstår forsikringstakeren at det foreligger et særlig forhold. Spørsmålet er hvorvidt han «må forstå at det er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen». Det er presisert at han tegner forsikring for å beskytte sin familie som følge av et attentat. Følgelig er det grunn til å tro at han må forstå at forholdet er av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen, sett i lys av at han er forstår at det er betydelig fare for at det vil inntreffe et forsikringstilfelle og selskapet vurderer risikoen ut ifra potensielle faresenarioer.

Forarbeider og ordlyd taler for at det skal svært mye til før forsikringstakeren ikke har misligholdt opplysningsplikten, hvis han forstår at det foreligger et særlig forhold uten å opplyse selskapet om det.

I teorien hevdes det at det er tilstrekkelig at forsikringstaker har utvist grov uaktsomhet ved å unnlate å opplyse om forholdet.<sup>65</sup> Som jeg kommer tilbake til i del to, er skillet mellom skyldkravet grov uaktsomhet og forsett relativt hårfin.

### Oppsummering av den selvstendige opplysningsplikten

Det må antas at forsikringstaker selvstendige opplysningsplikt er svært begrenset. Som det følger av ordlyd, forarbeidene og rettspraksis skal det være et forhold som er helt upåregnelig for selskapet å spørre om, før han plikter å gi opplysninger av eget tiltak som selskapet ikke spør om. I enkelte tilfeller kan det være vanskelig for forsikringstakeren å vite hvilke opplysninger selskapet forventer at han kommer med, da forsikringstakeren kan ha en annen oppfatning enn selskapet hvorvidt en opplysning kan være et «særlig forhold». I så henseende vil bestemmelsens subjektiv krav, sette en skranke for hvorvidt det foreligger brudd på opplysningsplikten.

---

<sup>65</sup> «Forsikringsavtaleloven med kommentarer» s. 412

LB-1997-00088 er et godt eksempel hvor forsikringstaker har en selvstendig opplysningsplikt.

*«Selv om flere av spørsmålene i helseskjemaet var slik utformet at de ikke helt passet i As tilfelle, og selv om enkelte avkryssinger derfor isolert sett kunne fremstå som riktige, ble totalbildet helt feil. Dette måtte A ha forstått. At forsikringsselskapet har ansvar for spørsmålsstillingene endrer ikke dette*

*Forsikringstaker sendte inn en «ren» helseerklæring uten tilleggsopplysninger, når han eller hun hadde kunnskap om forhold av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen. disse opplysningene hadde han plikt til å gi etter forsikringsavtaleloven §13-1»*

Helsetilstanden til A oppfylte det objektive vilkåret «særlige forhold». Videre var A «klar» over sykdommen og han «måtte forstå» at forholdet var av «vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen».

## **8 Tidspunkt for opplysningsplikten**

Forsikringstaker opplysningsplikt vedvarer helt til partene er bundet til forsikringsavtalen. Dette følger av fal. § 13-1a andre ledd første punktum.

*«så lenge selskapet ikke har påtatt seg å dekke forsikringen».*

Ordlyden tilsier at det kreves et endelig utspill fra selskapet om at det nå vil dekke forsikringen. Det følger av forarbeidene at bestemmelsen ikke skal forstås helt etter sin ordlyd.<sup>66</sup> Plikten til å gi selskapet opplysninger gjelder frem til selskapet avtalerettslig har bundet seg. Når forsikringstageren har mottatt et bindende tilbud fra selskapet om å overta forsikringen på bestemte vilkår, opphører opplysningsplikten. Noen aksept av tilbudet fra forsikringstageren er ikke nødvendig. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fal. § 12-2 om ansvarstiden, som fastslår når selskapet har bundet seg avtalerettslig<sup>67</sup>.

Videre setter fal. § 12-1 begrensninger for forsikringstakerens opplysningsplikt, når helserisikoen har gått over på selskapet, har normalt forsikringstakerens

---

<sup>66</sup> NOU 1983:56 s. 86

<sup>67</sup> Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s. 277



opplysningsplikt opphørt, sett i lys av at selskapet ikke kan ta hensyn til videre helseutvikling, etter forsikringstakeren har avgitt helseerklæringsskjema.

Det er imidlertid ikke noe krav til at ansvarstiden har begynt å løpe, eksempelvis hvis det er inntatt en kontantklausul. Forsikringstakeren har ingen opplysnings eller korrigeringsplikt, selv om det er omstendigheter som har påvirket risikoen etter tidspunktet selskapet er bundet av avtalen<sup>68</sup>.

### Kurante forsikringer

Ved en såkalt «kurante forsikring<sup>69</sup>» plikter normalt forsikringstakeren ikke å gi opplysninger til selskapet etter han har sendt inn en anmodning om en bestemt forsikring jf. fal. § 12-2(3)<sup>70</sup>.

Det følger av forarbeidene<sup>71</sup> at selskapet blir bundet uten å ha utvist noen aktivitet. Det vil si at fra det tidspunkt selskapet har mottatt et ferdig utfylt spørreskjema fra forsikringstaker med korrekte opplysninger, er avtalen i utgangspunktet trådt i kraft og opplysningsplikten opphørt.

Dette gjelder imidlertid ikke hvis forsikringstaker gir opplysninger som gjør at selskapet ville gitt avslag på forsikringen<sup>72</sup>. Eksempelvis hvis han opplyser at han har store helseproblemer.

---

<sup>68</sup>«Forsikringsavtaleloven med kommentarer» s. 412

<sup>69</sup>En kurant forsikring er en bestemt forsikring, selskapet uansett ville godtatt etter gjeldene praksis

<sup>70</sup>Fal. § 12-2 tredje ledd «har forsikringstaker sendt en skriftlig anmodning om en bestemt forsikring, svarer selskapet allerede for forsikringstilfeller som inntreffer etter at det har mottatt anmodningen»,

<sup>71</sup>NOU 1983:56 s. 67

<sup>72</sup>FSN 1866: forsikringstaker søkte om gjeldsforsikring. Helseerklæringen viste av forsikringstaker hadde hatt hjertelidelser, omtrent samtidig hadde forsikringstaker fått innvilget livsforsikring. Han døde av hjerteinfarkt uten at selskapet hadde gitt svar på forsikringstakers søknad. Nemda la til grunn at søknaden ville blitt avslått og ga selskapet medhold.

## 9 Nedsettelse av selskapets ansvar når opplysningsplikten er forsømt

Foreligger det brudd på opplysningsplikten kan forsikringstaker miste hele eller deler av forsikringserstatningen, forutsatt at vilkårene for avkortning av selskapets ansvar er tilstede. Hjemmelen for nedsettelse av selskapets ansvar følger av Fal. § 13-2.

«Har forsikringstakeren eller den forsikrede svikaktig forsømt opplysningsplikten etter § 13-1 a, og er det inntruffet et forsikringstilfelle, er selskapet uten ansvar.

Har forsikringstakeren eller den forsikrede ellers forsømt sin opplysningsplikt, og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort.

Ved avgjørelsen etter annet ledd skal det tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers.»

Bestemmelsen ble endret ved lov 27.juni 2008 nr.65. Den svarer hovedsakelig til Fal. § 4-2.

Det er to vilkår som må være oppfylt for at selskapet kan reagere etter fal. § 13-2.

Forsikringstakeren må ha forsømt opplysningsplikten etter fal. § 13-1a og det må ha inntruffet et forsikringstilfelle. Hva som er et «forsikringstilfelle» blir ikke behandlet.

Bestemmelsen er i utgangspunktet uttømmende for hvorvidt og i hvilken grad selskapet kan reagere ved brudd på opplysningsplikten. Men det kan tenkes unntak, som følger av forsikringsrettslige prinsipper eller alminnelige avtalerettslige regler.<sup>73</sup>

### 9.1 Brudd på opplysningsplikten som ikke er unnskyldelig

Hvis forsikringstaker har brutt opplysningsplikten forsettlig, er det nærliggende å konstatere svik. Selskapet kan imidlertid ikke reagere etter fal. § 13-2(1)(pkt. 9.4), hvis forsikringstaker ikke har hatt vinnings hensikt(pkt.9.2.2)

Bestemmelsen regulerer reaksjonsadgangen hvor forsikringstaker har utvist skyld og er «mer enn lite å legge til last».

”Har forsikringstakeren eller den forsikrede ellers forsømt sin opplysningsplikt, og det ikke bare er lite å legge vedkommende til last, kan selskapets ansvar settes ned eller falle bort”

Utgangspunktet er at forsikringstaker må ha utvist skyld for å bli møtt med avkortning fra selskapets side. Hvis han overhode ikke kan klandres for misligholdet vil selskapet ikke ha adgang til å reagere. Er det gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger i god tro vil han ha alle rettigheter etter avtalen i behold. Opplysningsplikten er i så henseende ingen resultatforpliktelse<sup>74</sup>.

---

<sup>73</sup>NOU 1983:56 s. 36, FSN 3616/3915

<sup>74</sup>Erik Røsæg, «TFE 2009-3De nye reglene om helserisiko i forsikring I» pkt.2.1

Som jeg kommer tilbake til (pkt.9.2 flg.) mister forsikringstaker alle rettigheter etter avtalen hvis det blir konstatert «svik». Praksis viser imidlertid at uaktsomhetsbegrepet strekkes veldig langt i favør av forsikringstakeren, hvis det foreligger et betydelig brudd på opplysningsplikten. Slik at han i stedet for å bli møtt med sviksreaksjon, må tåle avkortning av forsikringserstatningen med hjemmel i fal. § 13-2(2).

Rettsvirkningene kan imidlertid være det samme. Forsikringstaker kan bli møtt med en avkortning helt opp til hundre prosent, og i så henseende miste hele erstatningen.

## 9.2 "Ikke bare lite å legge til last"

Forutsetningen for at selskapet skal ha en adgang til å reagere med avkortning er at forsikringstaker er «mer enn lite å legge til last». Ordlyden dekker alle grader av skyld som overstiger terskelen «lite å legge til last». Det nedre området av simpel uaktsomhet er skåret bort<sup>75</sup>. I så henseende dekker bestemmelsen alt fra den helt nederste delen av uaktsomhet opp til forsett.

NOU-1983:56 s.87:

*«krav om at uaktsomheten ikke må være helt ubetydelig før det kan bli spørsmål om nedsettelse av ansvaret. Selskapet skal altså ikke kunne reagere i ethvert tilfelle hvor det etter vanlig språkbruk vil kunne sies at forsikringstageren har opptrådt uaktsomt».*

Foreligger det uriktige eller ufullstendige opplysninger er det er presumsjon for at forsikringstakeren har utvist skyld, det skal i så henseende svært mye til før han ikke er «mer enn lite å legge til last». Eksempelvis hvis han har fått en klar eller sannsynlig diagnose og unnlater å opplyse om det, er han som hovedregel «mer enn lite å legge til last».

Hvorvidt forsikrede har en egen subjektiv oppfatning av forholdet er normalt av underordnet betydning.<sup>76</sup> Unnlatelse av å opplyse om en klar eller sannsynlig diagnose

---

<sup>75</sup>NOU 1983:56 s. 77

<sup>76</sup>Inga Andersen-Gott Norsk Forsikringsjuridisk forenings publikasjoner nr.71 1997 s.42

vil i hovedsakelig være gjort bevisst.<sup>77</sup> Hvis sykdommen ikke fanges opp av spørreskjemaet, kan imidlertid forsikringstakerens subjektive oppfatning spille en sentral rolle i vurderingen. Spørsmålet er i så henseende om han burde forstått at sykdommen var av vesentlig betydning for selskapets vurdering av risikoen (kapittel 7). Hvis han ikke burde forstått dette, er han ikke «mer enn lite å legge til last».

Det er betydelig praksis som kan gi indikasjoner på hvor grensen går, men skyldvurderingen grunner seg på avgjørelsens faktum. I så henseende er det vanskelig å trekke ut noen konkrete holdepunkter, sett i lys av at det er forsikringstakers subjektive forhold som vurderes. Det som er gjennomgående i praksis er at det skal svært lite til før terskelen er overskredet.

RT. 2000 s.59 (Riksfjorddommen) er et godt eksempel på hvor grensen går. Dommen er imidlertid tvist vedrørende en kollektiv forsikring, men skyldvurderingen er den samme som i individuell forsikring.

A hadde svart at han var fullstendig frisk i helseerklæringsskjemaet sitt. På tross av det var han 100% sykemeldt i 14 dager før skjemaet ble undertegnet på grunn av «ryggproblemer» og «kraftløshet». Han hadde også tidligere vært sykemeldt på grunn av tilsvarende forhold.

*«selv om A bare skulle ha hatt problemer med ryggen, må disse - blant annet på bakgrunn av tidligere sykemeldinger - anses å ha vært av en slik karakter at han burde ha forstått at det var av interesse for forsikringsselskapet å få opplysninger om disse.»* Han var «mer enn lite å legge til last».

Etter oppfatningen til Hans Jacob Bull la Høyesterett betydelig vekt på sykemeldingen rett før dommen. Men unnlatelsen av å opplyse om sykemeldingen på 14 dager i seg selv var ikke å anse som uaktsom. Det var først når den ble sett i sammenheng med den tidligere sykemeldingen.<sup>78</sup> Som det fremkommer av avgjørelsen kan det være nok å unnlate å opplyse om en helt alminnelig sykemelding for å overstige terskelen.

---

<sup>77</sup>FSN 2396, forsikrede unnlot å opplyse om en sannsynlig MS diagnose. Vedkommende hadde vært til kontroll og ble meddelt at hun etter all sannsynlighet hadde MS. At forsikrede ikke hadde nevneverdige plager eller at diagnosen aldri var helt på den rene var uten betydning.

<sup>78</sup>Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s. 285

### Grensetilfelle

Et tilfelle som er i grenseland var oppe i FSN 2225. Spørsmålet hvorvidt forsikringstaker hadde vært «mer enn lite å legge til last» var så tvilsomt at nemnda ikke avgjorde skyldgraden.<sup>79</sup> Vurderingen var hvilken forståelse forsikrede hadde av egen helsesituasjon. Hun hadde en klar diagnose, men påsto følgende: «jeg var ikke syk av den lidelsen på det tidspunktet jeg tegnet forsikring»

Vurderingstemaet var hvorvidt forsikrede oppfattet diagnosen som en sykdom. Hun hadde vært hos en spesialist for syv år siden og fått konstatert at lidelsen var uforandret, dvs. at forsikrede ikke kunne karakteriseres som syk på grunn av lidelsen.

Det er grunn til å tro at forsikringstakers skyldgrad er på grensen til hva som er «helt ubetydelig» sett i lys av at nemnda ikke tok stilling til det. Det må antas at hvis det hadde vært rimelig klart den ene eller andre veien ville nemnda konkludert.

### Forsikringstaker var ikke mer enn lite å legge til last

FSN 3370 er et unntak fra hovedregelen om at forsikringstaker er «mer enn lite å legge til last» hvor det objektivt sett foreligger uriktige eller ufullstendige opplysninger.

*Forsikrede svarte nei på spørsmål om hun hadde vært operert. Objektivt sett var det feil. Hun hadde fjernet en utvekst på øret med en strålekniv, som i medisinsk forstand regnes som en operasjon.*

Avgjørelsen belyser hva som skal til for at uaktsomheten er «helt ubetydelig».

### Oppsummering

Ordlyd, forarbeider og praksis tilsier at terskelen for at selskapet kan reagere ligger svært lavt. Ordlyden gir ingen konkrete holdepunkter. Fra forarbeidene fremkommer det at uaktsomheten må være «helt ubetydelig», som tilsier at forsikringstakers skyld må være så godt som helt fraværende.

---

<sup>79</sup>Forsikringstaker/forsikrede opplyste å ha vært sykemeldt i mer enn fire uker på grunn av medfødt rygglidelser, men at hun ellers ikke hadde problemer med helsen og at hun nå var helt frisk.

Forsikrede hadde en medfødt svampnyre som hun unnlot å opplyse om, og som følge av denne hadde hatt en kronisk urinveisinfeksjon. Forsikrede kunne imidlertid ikke karakteriseres som syk på grunn av lidelsen. Nemnda uttaler : «På denne bakgrunn, og slik saksforholdene ligger an, finner nemnda det vanskelig å ta standpunkt til om forsikrede er mer enn lite å legge til last»

Praksis viser tydelig at det kun er i unntakstilfeller forsikringstaker ikke er «mer enn lite å legge til last» hvis det objektivt foreligger uriktige eller ufullstendige opplysninger.

En unnlatelse av å opplyse om en helt alminnelig sykemelding kan være nok til overstige terskelen.

Normalt er bestemmelsens dekningsfelt avgrenset oppad til «grov uaktsomhet». Da forsikringstaker som regel vil møtes med en sviksreaksjon (se kapittel 9.2) hvis han har utvist «forsett». Imidlertid kan det være vilkår i «sviksbestemmelsen» som ikke er oppfylt, selv om han har bevisst gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger. Det typiske er at han ikke har hatt vinnings hensikt.

Eksempelvis hvis forsikringstaker bevisst har unnlatt å opplyse at han har HIV, men eneste grunnen til at han har holdt tilbake informasjonen er at han føler det er stigmatiserende og flaut å opplyse om et slikt forhold.

### 9.3 Avkortning av selskapets ansvar

Avkortningen av selskapets ansvar foretas helt skjønnsmessig og kan innebære at ansvaret faller helt eller delvis bort. Hovedregelen må imidlertid være at ansvaret nedsettes<sup>80</sup>. Hvilke momenter det skal tas hensyn til følger av fal. § 13-2 tredje ledd, og må ses i sammenheng med fal. § 13-4 første ledd annet punktum (se kapittel 10), som begrenser selskapets adgang til å reagere, så sant de uriktige eller ufullstendige opplysningene ikke var av betydning eller senere har opphørt av betydning.<sup>81</sup>

Det er viktig å være klar over at de momentene i tredje ledd kun er veiledende og ikke uttømmende. Dette følger av ordlyden «forholdene ellers» i bestemmelsen, som det hevdes i teorien nok ment å fungere som en rimelighetsbasert sekkebestemmelse<sup>82</sup>. Det er imidlertid tre forhold det må særlig skal legges vekt på som fremgår av bestemmelsen. Først og fremst skal det tas hensyn til «hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen». I så henseende må det foretas en hypotetisk vurdering av hva selskapet ville gjort, hvis de var klar over de rette forholdene. Som nevnt er dette bare moment, det er ikke dermed slik at forsikringstaker blir møtt med en

---

<sup>80</sup>Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s. 286

<sup>81</sup>Fal. § 13-2(3) «Ved avgjørelsen etter annet ledd skal det tas hensyn til hvilken betydning feilen har hatt for selskapets vurdering av risikoen, og til skyldgraden, skadeforløpet og forholdene ellers»

<sup>82</sup>Hans Jacob Bull «forsikringsrett» s.287

fullstendig avkortning hvis selskapet ikke ville kontrahert, med de korrekte opplysningene.

Videre skal det legges vekt på «skadeforløpet». Spørsmålet er om det er årsakssammenheng mellom det forholdet som det var gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger om og den inntrådte skaden. Eksempelvis hvis forsikringstaker uriktig har opplyst at han ikke har diabetes og senere blir utsatt for en bilulykke, er det ingen årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og forsikringstilfellet. Det må da antas at dette momentet ikke vil ha stor innflytelse på avkortningen.

Det siste momentet det skal legges vekt på er «skyldgraden». Har forsikringstaker opptrådt grovt uaktsomt eller forsettlig, står han i fare for en fullstendig avkortning. Motsetningsvis hvis han har utvist simpel uaktsomhet, men er «mer enn lite å legge til last», vil det tale for en mer begrenset nedsettelse av ansvaret. I så henseende må domstolen prøve å sette forsikringstakers skyld på en skala.

Videre er det adgang til å legge vekt på andre omstendigheter som kan ha betydning for forsikringstaker. Dette følger av ordlyden «forholdene ellers», som åpner for å trekke inn fakultative hensyn<sup>83</sup>. Det følger av forarbeidene at forsikringstakers økonomiske stilling er et moment det kan tas hensyn til, samt om det er noen som står i et avhengighetsforhold til han, det typiske er et barn.

Hvorvidt og i hvilken utstrekning slike hensyn blir tatt med i betraktningen, beror på hvorvidt domstolen finner det rimelig å legge vekt på andre hensyn.

#### 9.4 Svik

Bestemmelsen er en videreføring av FAL 1930 §5, begrepets kjerne er hovedsakelig det samme, i så henseende er eldre teori samt praksis relevant for fastlegging av begrepet.<sup>84</sup> Anvendelsen av sviksbestemmelsen brukes kun i de tilfeller hvor forsikringstakers opptreden ikke lenger kan anses som uaktsom, det vil si at han har handlet forsettlig. I praksis viser det seg at domstolen er svært tilbakeholden med å anvende «sviksbestemmelsen». Avkortning av forsikringserstatninger forekommer langt hyppigere men hjemmel i FAL §13-2(2). Begrunnelsen er sannsynligvis begrepets

---

<sup>83</sup> Ot.prp. nr.49 (1988-1989) s. 64 og s. 121

<sup>84</sup> Ot.prp. nr.49 (1988-1989) s.63-64

belastende kjerne «å være en sviker». Rettsvikringen kan imidlertid være det samme, forsikringstaker kan bli møtt med en avkortning av selskapets ansvar helt opp til 100%, hvis han uaktsomt har forsømt opplysningsplikten.

Med ordlyden ”svikaktig” følger det av forarbeidene at forsikringstager bevisst har gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger til selskapet, og at de er gitt i hensikt å få en forsikringsavtale han eller hun ellers ikke ville fått, eller en bedre avtale enn han eller hun ville fått om det var gitt riktige opplysninger<sup>85</sup>

Bestemmelsen den subjektive og en objektive siden.

1) **Objektivt**: Det må foreligge uriktige eller ufullstendige opplysninger.

Opplysningene må objektivt sett kunne føre til at han får en forsikringsavtale eller en forsikringsavtale på bedre vilkår enn det han ellers ville fått.

2) **Subjektiv**: Forsikringstaker må vite at opplysningene han har gitt er uriktige eller ufullstendige i hensikt å få en forsikringsavtale, eller en bedre avtale enn han eller hun ville fått. Det er krav til både forsett og hensikt<sup>86</sup>.

#### 9.4.1 Årsakssammenheng

Det følger av FAL§13-2 jf FAL §13-4(1)2.pkt at forsikringstakeren ikke rammes av bestemmelsen dersom han bevisst har gitt selskapet uriktige/ufullstendige opplysninger men at avtalen ikke er påvirket av disse. Det er således et krav om årsakssammenheng, mellom de misligholdte opplysningene og hvorvidt selskapet i utgangspunktet ville tegnet avtale.

Det er imidlertid ikke et krav om at de uriktige opplysningene faktisk får betydning. Det er tilstrekkelig at forsikringstaker ikke ville fått den forsikringsavtale han besitter.

Dette ble uttalt i Gulating lagmannsrett (LG-2003-4604):

*En mann på 26 år tegnet bl.a. en uførekapitalforsikring og avga en såkalt « ren » egenerklæring vedrørende helse. Han hadde unnlatt å opplyse om mange og alvorlige sykdomstilfeller. Spørsmålet var om han hadde opptrådt svikaktig ovenfor selskapet. Lagmannsretten uttaler:*

---

<sup>85</sup>Ot.prp. nr. 49 (1988-1989 ) s. 63-64

<sup>86</sup>RT 2000 s. 56, Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s. 63-64



*”Det er imidlertid ikke krav om årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og forsikringstilfellet, men de uriktige opplysningene må ha hatt betydning når det gjelder spørsmålet om selskapet ville ha inngått en avtale ”*

Eksempelvis hvis jeg får hjertestans under en fotballkamp og må leve med en pacemaker resten av livet, selskapet kan uansett avslå utbetaling hvis jeg svikaktig har unnlatt å opplyse at jeg har diagnostisert psykisk lidelse.

#### 9.4.2 Vinnings hensikt

De uriktige/ufullstendige opplysningene må være gitt i hensikt å få en forsikringsavtale eller en avtale på bedre vilkår enn han ellers ville fått.<sup>87</sup>

Er avtalen kommet i stand som en aksessorisk følge av de uriktige eller ufullstendige opplysningene, er ikke vilkåret oppfylt. Har forsikringstaker unnlatt å opplyse at han har HIV, i frykt for at opplysningen skal komme på avveie, er ikke selve målet til forsikringstaker i utgangspunktet ikke å oppnå en vinning. Hensikten til forsikringstaker var ikke svikaktig før selskapet bak lyset. Men som jeg kommer tilbake til nedenfor (kapittel 9.2.6) foreligger det en presumsjon for at forsikringstaker har vinnings hensikt hvis han bevisst har gitt uriktige eller mangelfulle opplysninger ved tegning av forsikring. Han blir i så henseende vanskelig hørt med at han hadde en annen hensikt når han bevisst unnlot å opplyse at han hadde HIV.<sup>88</sup>

Som vi ser har vilkåret en klar parallell strafferettens krav til subjektivt overskudd (straffeloven §§ 257-258)

#### 9.4.3 Opplysningene må være gitt bevisst

Det er ikke tilstrekkelig at forsikringstaker har utvist grov uaktsomhet i så henseende. At han burde vite at opplysningene ikke er riktig oppfyller ikke kravet. Dersom forsikringstaker eller den forsikrede ved en forglemmelse opplyser at han ikke har brukt stimulerende midler regelmessig eller i perioder de siste 5 år, og det viser seg at han hadde store søvnproblemer for 2 år siden, som medførte bruk av sovemidler for en

---

<sup>87</sup> Ot.prp. nr.49 (1988-1989) s.64, Se RT 2000 s. 59

<sup>88</sup> «Forsikringsavtaleloven med kommentarer» s. 420

lengre periode. Kan han ikke bli stemplet som sviker, da en slik forglemmelse normalt kategoriseres som uaktsomt eller grovt uaktsomt. En forglemmelse er aldri bevisst.<sup>89</sup>

#### 9.4.4 Må vite at det er til selskapet han gir den uriktige informasjonen

Forsikringstaker må være klar over at det er til selskapet han gir den uriktige informasjonen. Hvis forsikringstaker bevisst har gitt uriktige opplysninger til sin lege, vil han ikke under noen omstendighet kunne rammes av bestemmelsen, dersom han ikke ga opplysningene for å føre forsikringsselskapet bak lyset. Man hvis han i ettertid blir klar over de uriktige forholdene og unnlater å korrigere de feilaktige opplysningene selskapet sitter med, vil opplysningene fra legen anses som forsikringstakers svar. I så henseende vil det kunne anses som et bevisst brudd på opplysningsplikten<sup>90</sup>.

#### 9.4.5 Beviskravet

Selskapet har en streng bevisbyrde for at forsikringstaker har utvist «svik». Det antas i teorien at det samme beviskravet gjør seg gjeldene ved forsikringsoppgjøret samt ved forsettlig fremkallelse av forsikringstilfellet og er det samme som legges til grunn i skadeforsikring. Se henholdsvis fal. §§ 13-2, 18-1(2), 4-2, 8-1(2), 13-9 og 4-9. Årsaken til det strenge beviskravet er først og fremst rettsvirkningen<sup>91</sup>. Beviskravet er uttalt i en rekke dommer på litt ulik måte, men substansen virker å være den samme.

Det følger av RT.2000 S.59: for å kunne legge til grunn at det foreligger svik i henhold til FAL§ 13-2 kreves ”klar eller sterk sannsynlighetsovervekt”. RT 1995.S.1641: *«Bevisbyrdereglene innebærer at det kreves en betydelig sannsynlighetsovervekt for at retten skal kunne legge til grunn alternativet forsettlig skadefremkallelse»*. Rt-1985-211 på side 214 *«"sterk" overvekt»*, Rt-1990-1082 på side 1086 *«"klar" overvekt»* « Rt-1987-657 på side 664 *«overhodet ikke noen annen rimelig forklaring»*. De nevnte dommene foruten RT 2000 s.59 er i henhold til saker vedrørende skadeforsikring, men de har like stor relevans i personforsikring, da bestemmelsen skal forstås på samme måte.

---

<sup>89</sup> «Forsikringsavtaleloven med Lovkommentarer» s. 414-415

<sup>90</sup> Ot.prp. nr. 49 (1988-89) s.120

<sup>91</sup> «Forsikringsavtaleloven med kommentarer» s. 418

Som det fremkommer av avgjørelsene ligger beviskravet høyere enn det som kreves i sivile saker, dog ikke like strengt som i straffesaker<sup>92</sup>. Det forhold at beviskravet ligger lavere enn i straffesaker kan få den følgen at forsikringstaker blir frikjent for forsikringsbedrageri i en straffesak, men i den sivile saken mellom selskapet og forsikrede, får selskapet medhold i sin svikspåstand. Denne problemstillingen gjør seg imidlertid gjeldene primært i skadeforsikring, da det kun er uriktige opplysninger ved forsikringsoppgjøret som kan medføre en strafferettslig reaksjon.

### Beviskravets omfang

Det strenge beviskravet gjelder både for forsettkravet og hensiktskravet. Dette ble lagt til grunn i RT2000 s.59<sup>93</sup>. Det som ikke er endelig avklart er om det strenge beviskravet også gjelder for de objektive sidene. Dette fremkommer ikke i dommen. Nemndspraksis har imidlertid lagt til grunn at det strenge beviskravet må gjelde alle sider av vurderingen<sup>94</sup>. Teorien er av samme oppfatning, det gir best sammenheng i reglene hvis det strenge beviskravet gjelder for alle sider av svikskravet.<sup>95</sup>

Ser man nærmere på vilkårene for å konstatere svik, er det samme vilkårene som går igjen i straffelovens bestemmelser, hvor det er på det rene at beviskravet gjelder de subjektive samt de objektive sidene.<sup>96</sup>

Mye taler for at beviskravet også gjelder for de objektive sidene. Sett i lys av praksis, teori og sammenhengen i lovverket. Men det er imidlertid ikke avklart i rettspraksis, det må da fortsatt antas at å være uavklart.

---

<sup>92</sup> «Forsikringsavtaleloven med kommentarer» s. 418

<sup>93</sup> «Dette kan ikke bare gjelde i forhold til spørsmålet om forsikrede bevisst har gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger, men også i forhold til spørsmålet om opplysningene er gitt i den hensikt å oppnå en forsikringsavtale eller en bedre avtale. For at det skal kunne legges til grunn at det foreligger svik, må det for begge disse vilkårene foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt»

<sup>94</sup>FSN 4667” For at det skal kunne legges til grunn at det foreligger svik må det for begge disse vilkårene foreligge klar eller sterk sannsynlighetsovervekt”

<sup>95</sup>Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s. 282

<sup>96</sup>«Forsikringsavtaleloven med kommentarer» s.419

#### 9.4.6 Bevisbyrden snus

Hvis det er på det rene at det er gitt ufullstendige eller uriktige opplysninger, er det forsikringstaker som må bevise at opplysningene ikke er gitt i hensikt av å skaffe seg en økonomisk vinning<sup>97</sup>.

«Regelmessig vil det være økonomisk vinning som er motivet for å gi uriktig eller ufullstendige opplysninger. Og vil en sikred som har gitt selskapet uriktige eller ufullstendige opplysninger, påstå at det ikke er gjort for å få utbetalt erstatning sikrede måtte forstå at han eller hun ikke hadde krav på, så er det sikrede som vil ha bevisbyrden for dette».

I de tilfellene forsikringstakeren har gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger til selskapet ved tegning av forsikring, foreligger det en presumsjon for at dette er gjort i «vinnings hensikt». Dette er lagt til grunn i LB-2006-161847.

*«I de tilfellene hvor forsikrede forsettlig gir uriktige opplysninger om egen helse, og på den måten faktisk oppnår en bedre forsikringsavtale enn han ellers ville fått, må det likevel antas å foreligge en presumsjon for at de uriktige opplysningene nettopp er gitt for å oppnå en slik fordel. Hvis det ikke foreligger noen annen rimelig forklaring på hvorfor spørsmålene er uriktig besvart, vil selskapets bevisbyrde etter omstendighetene kunne anses oppfylt.»*

Det skal svært mye til for presumsjonen ikke tas til etterretning. Unntaksvis vil forsikringstaker bli hørt med at det var mindre forhold som ikke oppfylte kravet til «vinnings hensikt». Hvorvidt presumsjonen blir tatt til følge beror på en konkret vurdering. Hvor langt tilbake i tid, grad av skyld og andre forhold blir avgjørende. I RT2000 S.59 kom Høyesterett til at presumsjonen ikke fikk anvendelse, da det var forhold som lå langt tilbake i tid og sykdomsperiodene var av det kortere slaget. Dette er også i samsvar med forsikringsklagenemndas praksis<sup>98</sup>.

#### Avkortning av selskapets ansvar

Blir det konstatert svik, faller selskapets ansvar helt bort. Dette følger av 13-2(2) «er selskapet uten ansvar».

---

<sup>97</sup> Ot.prp. nr.49 (1988-89) s. 88

<sup>98</sup> FSN 1219, 1521, 1926, 2338, 5367

## **10 Begrensninger i selskapets rett til å påberope seg mangelfulle opplysninger**

For selskapet sitt vedkommende er det særdeles viktig å foreta en grundig undersøkelse av forsikringstakers helsetilstand, siden forsikringsavtalen er basert på de opplysninger forsikringstaker gir selskapet.

Misligholder forsikringstaker opplysningsplikten etter fal. § 13-1a, blir i utgangspunktet forsikringstaker møtt med en reaksjon i form av avkortning fra selskapets side og en eventuell oppsigelse. Lovgiver har imidlertid i fal. § 13-4 begrenset selskapets adgang til å reagere.

«Selskapet kan ikke påberope seg at opplysningsplikten er forsømt dersom det kjente eller burde kjent til at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, da det fikk opplysningene. Det samme gjelder dersom det forhold som opplysningene gjaldt, var uten betydning for selskapet, eller senere har opphørt å ha betydning. Er det utvist svik, gjelder begrensningen i første punktum bare dersom selskapet var klar over at de opplysningene det fikk, var uriktige eller ufullstendige».

Det følger av FAL§13-4første ledd at selskapet ikke kan påberope seg de uriktige eller mangelfulle opplysningene dersom de kjente eller burde kjent til at opplysningsplikten var forsømt. Hensynet til å gi selskapets en reaksjonsadgang gjør seg ikke lenger gjeldende. Selskapet kan klandres for at de ikke har avdekket de uriktige eller mangelfulle opplysningene. Følgen blir i så henseende at selskapet må bærer risikoen for de mangelfulle opplysningene. Inntreffer det et forsikringstilfelle har kan de ikke påberope seg at forsikringstaker har gitt uriktige eller mangelfulle opplysninger.

### **10.1 Kjente til**

Hvis selskapet kjente til de faktiske forhold og har godtatt forsikringsavtalen slik den er, blir det ikke snakk om noe ansvarsfritak. Selskapet kan klandres for at avtalen ikke ble tegnet på riktige premisser. Den objektivt sett uriktige avtalen må selskapet ta helt eller delvis ansvar for, sett i lys av at det ikke har oppfylt sin undersøkelsesplikt.

Dette følger uttrykkelig av lovteksten og forarbeidene<sup>99</sup>. Hvis selskapet er klar over at forsikringstaker har gitt uriktige eller ufullstendige opplysninger, er det ingen rimelig grunn til at selskapet i ettertid kan påberope seg at de er ført bak lyset. De har bevisst latt forsikringstakeren tegne en forsikring på gitte vilkår, på bakgrunn av de opplysningene forsikringstakeren ga selskapet. Om opplysningene stemmer overens med de korrekte opplysningene vil da være uten betydning, sett i lys av at selskapet er klar over tingenes tilstand. Selskapet kan ikke i første omgang profitere på at forsikringstaker tegner forsikring, for så i ettertid å påberope seg mangler ved avtalen som de var kjent med da de inngikk avtalen.<sup>100</sup>

## 10.2 Burde kjenne til

De åpenbare tilfellene hvor selskapet ikke har oppfylt undersøkelsesplikten, er i de situasjoner hvor forsikringstaker ikke har svart på alle spørsmålene og det mangler svar på relevante spørsmål<sup>101</sup>. De uriktige eller ufullstendige opplysningene ville sannsynligvis blitt avdekket ved en viss form for aktivitet.

Selskapene har først relativt få opplysninger, men innhenter flere opplysninger dersom svarene tilsier at det trengs ytterligere informasjon for å vurdere risikoen.<sup>102</sup> Hvis selskapet ikke gjør videre undersøkelser, når det foreligger omstendigheter ved søknaden som tilsier at det er noe som ikke stemmer, vil dette kunne føre til at de burde kjent til at opplysningene var uriktige eller ufullstendige, i så henseende miste retten til å gjøre gjeldene brudd på opplysningsplikten. FSN har i flere avgjørelser holdt selskapet ansvarlig for at de ikke har avdekket mangler i avtalen og gitt forsikringstaker medhold.

---

<sup>99</sup> Ot.prp. nr. 49 (1988-1989) s.121

<sup>100</sup> Ot.prp.nr. 49 (1988-1989) s. 121

FSN 4083- selskapets representant var klar over forsikringstakers helse. Overtalte likevel forsikringstaker å tegne forsikring. Selskapet kunne ikke påberope seg de uriktige opplysningene.

SE FSN 3573, forsikringsagenten kjente til de faktiske forhold. Agenten kjente forsikrede fra før, han oppsøkte forsikrede som hadde brukket ben, forsikrede fortalte om bruken av krykker. Agenten attesterte vider på skjemaet at han hadde kontrollert alle relevante opplysninger.

<sup>101</sup> «Forsikringsavtaleloven med kommentarer» s.431

<sup>102</sup> NOU 2000: 23 pkt.1.1

Normalt fordi selskapet ikke har innhentet relevante tilleggsopplysninger.<sup>103</sup>

Selskapet kan imidlertid unntaksvis måtte bære risikoen i tilfeller hvor svarene er fylt ut objektivt riktig, men viser seg å ha manglene sammenheng. At selskapet skal ha en videre undersøkelsesplikt i en slik situasjon oppstår kun i særlige tilfeller.<sup>104</sup>

I praksis viser det seg at kravene til undersøkelsesplikten ikke er særdeles strengt. Så lenge selskapet har gjort mindre undersøkelser utover minimumskravet vil det i mange tilfeller være tilstrekkelig<sup>105</sup>. Dette er også den gjennomgående oppfatningen i litteraturen.<sup>106</sup>

### oppsummering

Hvorvidt selskapet kan påberope seg brudd på opplysningsplikten, beror på hvorvidt de har oppfylt undersøkelsesplikten sin. Sett i lys av den lave uaktsomhetsterskelen som følger av fal. § 13-2(2) (se pkt.9.1.1) og den praksis som foreligger rundt selskapets undersøkelsesplikt, må det antas at det kun er i unntakstilfeller selskapet selv må bære

---

<sup>103</sup> FSN 2012 Forsikrede hadde oppgitt at han hadde blitt behandlet på helseinstitusjon i løpet av de siste 10 årene. Selskapet hadde ikke bedt om noe nærmere redegjørelse for årsaken til innleggelsen. Nemda påpeker at så lenge selskapet ikke hadde bedt om noen nærmere redegjørelse måtte de selv bære risikoen for at opplysningene ville være uten betydning..

FSN 4296: forsikrede hadde gitt uriktige opplysninger ved tegning av forsikringen. Forsikredes forklarte at han hadde mistet jobben som følge av problemer med ryggen. Selv om de opplysningene han ga var uriktige, kan selskapet ikke påberope seg de mangelfulle opplysningene hvis de var klar over at opplysningen i avtalen led av mangler.

<sup>104</sup>FSN 2012 var spørsmålet om selskapet hadde oppfylt undersøkelsesplikten sin, når forsikrede hadde oppgitt at han hadde blitt behandlet på helseinstitusjon i løpet av de siste 10 årene. Selskapet hadde ikke bedt om noe nærmere redegjørelse for årsaken til innleggelsen. Nemda påpeker at så lenge selskapet ikke hadde bedt om noen nærmere redegjørelse måtte de selv bære risikoen for at opplysningene ville være uten betydning.

<sup>105</sup> FSN2201: Selskapet hadde innhentet opplysninger fra sikredes lege. Opplysningene fra legen gjaldt kun forhold vedrørende blodtrykksbehandling. Forsikrede døde senere av en alkoholrelatert sykdom. Selskapet kunne uten nevneverdige problemer skaffet seg informasjon om vedrørende alkoholkonsumet til forsikrede, men det ble ikke gjort. Selskapet hadde imidlertid gått et skritt lenger enn hva som var minimumskravet for innhenting av opplysninger, og fikk således medhold

<sup>106</sup>Lyngsøy s.134, Sørensen s.121, Grundt s.144, Selmer s.156

risikoen for de misligholdte opplysningene<sup>107</sup>. FSN har en betydelig mengde avgjørelser som berører denne problemstillingen, men avgjørelsene har ulikt faktum så det hele beror på en helhetsvurdering.<sup>108</sup>

#### Selskapets reaksjonsadgang

Det følger av Fal.§13-4(1) siste punktum at så lenge selskapet kan påvise svik har det fortsatt innsigelsene sine i behold, men unntak av når de selv er positivt klar over at det er gitt uriktige eller mangelfulle opplysninger<sup>109</sup>.

### 10.3 Opplysninger uten betydning.

Opplysninger som objektivt sett er uriktige kan ikke påberopes av selskapet når de var uten betydning. Dette følger av Fal.§ 13-4(1) 2.pkt.

«Det samme gjelder dersom det forhold som opplysningene gjaldt, var uten betydning»

Foreligger det opplysninger som forsikringstaker skulle ha gitt til selskapet eller han oppga feil opplysninger, kan selskapet ikke påberope seg brudd på opplysningsplikten, hvis det forholdet opplysningen gjaldt var uten betydning for selskapets vurdering av risikoen. For eksempel hvis forsikringstaker trodde at han hadde kols og holdt tilbake denne opplysningen da han inngikk forsikringsavtalen med selskapet. I ettertid viser det seg at det i realitet bare var hosteproblemer som hadde vart over lengre tid. Avtalen vært upåvirket med korrekte opplysninger. I LG-2003-4604 uttales dette:

*«Det er imidlertid ikke noe krav om årsakssammenheng mellom de uriktige opplysningene og forsikringstilfellet, men de uriktige opplysningene må ha hatt betydning når det gjelder spørsmålet om selskapet ville ha inngått en avtale.»*

### 10.4 Det forhold opplysningene gjaldt har senere opphørt å ha betydning.

Selskapet kan ikke påberop seg brudd på opplysningsplikten der bruddet ikke lenger er et relevant forhold, som påvirker forsikringsavtalen. Man kan si det slik at mangelen

---

<sup>107</sup> FSN 6296: «burde ikke selskapet kjenne til» de uriktige opplysningene. Sett i lys av den massive opplysningsplikten som kreves av forsikrede.

<sup>108</sup> FSN 2000, 2902, 3573, 4083, 5480

<sup>109</sup> Hans Jacob Bull «Forsikringsrett» s.295



ved avtalen er avhjulpet. Det følger av fal. § 13-4(1) 2.pkt. «senere opphørt å ha betydning»

Eksempelvis hvor forsikringstaker hadde skade i foten ved tegning av forsikring, men skaden er helbredet og er ikke lenger relevant for forsikringstakers risiko etter avtalen. Men avtaleforholdet er ikke helt upåvirket av forsikringstakers brudd på opplysningsplikten. Vedkommende kan ha dratt en fordel ved å ha betalt en mindre premie enn det han skulle betalt hvis forsikringsavtalen hadde vært tegnet med ut ifra de riktige opplysningene.

#### Selskapets reaksjonsadgang

Selskapet kan aldri reagere ovenfor forsikringstaker hvis forholdet var uten betydning for avtalens innhold eller senere opphørt å ha betydning. Dette følger av fal. § 13-3(1) tredje punktum som bare henviser til første punktum.

#### 10.5 Særreglene i livsforsikring

Selskapet kan i livsforsikring bare gjøre gjeldene brudd på opplysningsplikten hvis forsikringstilfeller er inntruffet eller det de har gitt varsel etter Fal. §13-13 innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Dette følger av Fal. §13-4(2),

«Ved livsforsikring kan selskapet påberope seg at opplysningsplikten er forsømt bare dersom forsikringstilfellet er inntruffet eller selskapet har gitt varsel etter § 13-13 innen to år etter at selskapets ansvar begynte å løpe. Denne begrensningen gjelder ikke dersom det har vært utvist svik. Ved uføredekning gjelder begrensningen heller ikke der forsikringstakeren eller den forsikrede grovt uaktsomt har forsømt opplysningsplikten.»

Bestemmelsen er en kodifisering av vilkårspraksis<sup>110</sup>. Meningene var å gi trygghet for den berettigede til forsikringserstatningen og styrke livsforsikringens stilling som kredittobjekt.

Spørsmålet som oppstår i praksis er å avgjøre når det har oppstått et «forsikringstilfelle».

*"Med forsikringstilfellet" må menes den omstendighet som utløser ansvar for selskapet under forsikringen»<sup>111</sup>*

Når erstatningen blir utbetalt ved død i livsforsikring, oppstår det vanskelig noen problemer. Forsikringstilfellet inntreffer samtidig som vedkommende dør<sup>112</sup>. Ved

---

<sup>110</sup> NOU 1983: 56 s. 89-90

<sup>111</sup> RT 2000 s.59

uføredekning oppstår det særlige problemer. Det vil bero på en tolkning av avtalen når forsikringstilfelle har inntrådt.

Problemstillingen var oppe i RT 2000 s.59, hvor spørsmålet var når et forsikringstilfelle hadde inntruffet. Det fulgte av forsikringsavtalene at forsikrede måtte ha vært «minst 50% ervervsufør i to år sammenhengende». Høyesterett kom til at det ikke hadde vært noe forsikringstilfelle før han hadde vært ervervsufør i 2 år. I prinsippet vil det si at forsikringstilfellet aldri vil kunne inntreffe før det har gått 2 år<sup>113</sup>.

For at selskapet skal kunne påberope seg vilkåret om karenstid, må de ha gjort det klart i forsikringsbeviset, jf. fal. § 11-2 andre ledd. Har de unnlatt å opplyse om det, vil de ikke ha anledning til å påberope seg karensklausulen. Et særlig spørsmål som har oppstått i praksis er om selskapene også trenger å fremheve Fal. § 19-10 ved kollektive forsikringer. Det følger ikke direkte av Fal. § 11-2(2), da denne bare henviser til FAL§13-5 vedrørende karenstid. Det er imidlertid lagt til grunn i Høyesterettspraksis<sup>114</sup> at de må uttrykkelig fremheve karensklausulen.

### Oppsummering

Hvis selskapet skal påberope seg brudd på opplysningsplikten må det ha inntruffet et forsikringstilfelle innenfor 2 års fristen. Hvis ikke, må selskapet ha gitt varsel etter Fal. § 13-13 om at forsikringstakeren har forsømt opplysningsplikten og at han er mer enn lite å legge til last, med den konsekvensen at avtalen sies opp etter Fal. § 13-3<sup>115</sup>.

Etter det har gått 2 år, må selskapet anføre at det foreligger «svik» ved livsforsikring eller «grov uaktsomhet» ved uføredekning, for å påberope seg brudd på opplysningsplikten. Hvorvidt det er gått 2 år, beror på en tolkning av forsikringsavtalen.

---

<sup>112</sup>«Forsikringsavtaleloven med Lovkommentarer» s.435

<sup>113</sup>«Forsikringsavtaleloven med Lovkommentarer» s.435-436

<sup>114</sup> RT.2008 s.720.

<sup>115</sup>«Forsikringsavtaleloven med Lovkommentarer» s.436-437



## **Litteraturliste**

### Bøker:

Bull, Hans Jacob, Forsikringsrett, Oslo 2008.

Brynhildsen, Lie, Nygård, Forsikringsavtaleloven med kommentarer, 2.utg. 2008

Grundt, Forsikringsrett, Oslo 1939

Lødrup, Kaasen, Tjomseland, Norske lovkommentarer, Oslo 2008

### Artikler

Erik Røsæg «De nye reglene om helserisiko i forsikring II - Genetisk disposisjon (2009)»

Erik Røsæg «De nye reglene om helserisiko i forsikring I - Reglene om opplysningsplikt ( 2009 )»

Inga Andersen-Gott «Norsk Forsikringsjuridisk forenings publikasjoner nr.71 1997» opplysningsplikt i livsforsikring; Forsikringsskadenemndas praksis

Arne Berg, Ontologisk sykdomslære 2010 3. utgave

Knut Selmer, skadeforsikring og ulovlig virksomhet, Festskrift til Sjur Brækhus 19. juni 1988.

### Forarbeider:

NOU 1983: 56

NOU 2000: 23

Ot.prp. nr. 49 (1988-1989)

Ot.prp. nr. 41 (2007-2008)

Ot.prp. nr. 64 (2002-2003)

### Lover:

Lov om forsikringsavtaler av 16. juni 1989 nr. 69

Lov av 16. juni 1930 nr. 20 (Opphevet)

Lov om avtaler av 31. mai 1918 nr. 4 (avtaleloven)

Lov 5 des. 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.  
(bioteknologiloven)

Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Lov 18. mai 2001 nr. 24 (helseregisterloven)

Lov 14. april nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)

EMK

#### Dommer fra Høyesterett

RT. 1985 s. 211

RT. 1989 s.659

RT. 1990 s. 1082

RT. 1995 s. 1641

RT. 2000 s. 59

RT. 2000 . 70

RT. 2003 s. 92

RT. 2003 s. 1112

RT. 2008 s. 720

#### Underrettsdommer

LB-1997-00088

LG-2003-4604

LB-2006-161847

#### Nemndsuttalelser

FSN 2198

FSN 1866

FSN 3616

FAN 3915

FSN 4661

FSN 5184

FSN 2396

FSN 2225

FSN 3370

FSN 4667  
FSN 1219  
FSN 1521  
FSN 1926  
FSN 2338  
FSN 5367  
FSN 3573  
FSN 2012  
FSN 4296  
FSN 2201  
FSN 6296  
FSN 2000  
FSN 2902  
FSN 4083  
FSN 5480

## **11 Lister over tabeller og figurer m v**

**Spørsmål 26 og 27 må i tillegg fylles ut dersom det er søkt om Kritisk Sykdom forsikring.**

<p>26 Har du eller har du hatt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kreft?</li> <li>- Hjerte/karsykdommer?</li> <li>- Multipel sklerose?</li> <li>- Hjernesvulst?</li> <li>- Hjerneslag?</li> </ul> <p>15-26</p>	<div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>             Nei      Ja           </div>	<p>Hvis ja, hvilken sykdom?</p>
--	---	---------------------------------

27 Har dine foreldre eller søsken hatt:			
Kreft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
	Nei	Ja	
Hjerte- og karsykdommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
	Nei	Ja	
Parkinsons sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
	Nei	Ja	
Multipel sklerose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
	Nei	Ja	
Nyresykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
	Nei	Ja	
Hjernesvulst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
	Nei	Ja	
Hjerneslag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
	Nei	Ja	
Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvor mange har hatt sykdommen? Alder ved sykdomsinntrreden?
15-27	Nei	Ja	

**Tilleggsopplysninger om din helse:**

I dette feltet kan du gi ytterligere opplysninger.

**Husk dato og underskrift på erklæringen/fullmakten på siste side**



Forsikringsnr	Fødselsnr	Organisasjonsnr	FormularID A000833
---------------	-----------	-----------------	-----------------------

## Orientering om helseerklæringen

### 1. Formålet med erklæringen

Vital Forsikring ASA (Vital) trenger informasjon for å vurdere hvilken risiko du representerer i forhold til de generelle statistikker om helse, uforhet og død.

Det er slike statistikker som ligger til grunn for beregning av forsikringspremier. God og riktig informasjon om din helsestilstand på søknadstidspunktet er derfor av stor betydning for å fastsette riktig pris og riktige vilkår for din forsikring. Det er viktig at du utfyller søknadsskjemaet og fullmaktserklæringen fullstendig og sannferdig, slik at vi unngår mulige tvister mellom deg og Vital når erstatning skal utbetales, pga. at det er oppgitt feilaktige opplysninger om helsen på søknadstidspunktet.

### 2. Forsikringsselskapets bruk av dine svar

Dersom Vital innhenter helseopplysninger fra leger, behandlere eller institusjoner som du har oppført i fullmaktserklæringen, fra trygdekantor eller andre forsikringsselskap hvor du har forsikringer, vil du bli informert. Selskapet vil innhente nærmere opplysninger basert på den informasjon du selv har gitt i helseerklæringen. Du vil bli informert ved slik inn-henting.

Hvis Vital trenger ytterligere opplysninger f.eks. fra annen lege, vil du bli tilskrevet for å gi din fullmakt til dette.

Helseopplysninger som gis til Vital blir behandlet konfidensielt. Selskapets ansatte har lovbestemt taushetsplikt.

Opplysningene du gir benyttes som grunnlag for selskapets helsebedømmelse. Helsebedømmelsen består i å vurdere deg og din helse situasjon i forhold til generell helsestatistikk samt statistikk over personer med forskjellige typer forhøyet helserisiko. Hvis resultatet av helsebedømmelsen medfører at det blir et tillegg i premien, at forsikringen ikke kan tegnes (helt eller tidsbegrenset avslag) eller reservasjon (at forsikringen ikke gjelder for et spesielt helseforhold), vil du få skriftlig melding om dette. Du vil også kunne få skriftlig begrunnelse dersom du ber om det.

### 3. Annen registrering av helseopplysninger

**Register over forsikringssøkere og forsikrede (ROFF).**

Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) har et og forsikrede. Registeret benyttes av forsikringsselskap tilknyttet FNH for å sikre at helsebedømmelsen blir korrekt og at opplysningsplikten overholdes. Opplysningene blir slettet etter 10 år. Du har full innsynsrett i registeret og kan få tilgang til de registrerte opplysningene om deg ved å henvende deg til Vital eller FNH.

### Nemnda for helsevurdering

Nemnda for helsevurdering er Finansnæringens Hovedorganisasjons fellesorgan for helsevurdering, og er sammensatt av leger og andre sakkyndige fra medlemselskapene, samt representanter for legeforeningen. Nemnda får saker fra selskapene når disse ikke selv klarer å fastsette en evt. reservasjon, tilleggspremie eller avslag ut fra de foreliggende helseopplysningene. Nemnda gir en anbefaling av søknaden. Anbefalingen er kun veiledende. Dersom Nemnda for helsevurdering fastsetter avslag på forsikrings søknaden, kan eventuelt søknaden sendes til samarbeidende gjenforsikringsselskap for vurdering av om dette selskapet kan gi søkeren et tilbud om forsikring. Et kort anonymisert resymé av din sykehistorie vil bli registrert i Nemnda med det formål å lage en erfaringsbase og oppslagsverk på tidligere behandlede saker sortert etter sykdomsdiagnoser.

### 4. Hva skal du opplyse om

Du skal opplyse om alle forhold det spørres om, selv om disse er tilbake i tid og du nå er å anse som frisk. Du skal opplyse om både fysiske og psykiske forhold.

Vanlige barnesykdommer (i barndommen), forkjølelse, influensa, lett sesongbetont allergi o.l. er det ikke nødvendig å gi opplysninger om.

### 5. Unødvendig informasjon

Dersom de dokumentene som sendes til selskapet inneholder informasjon som er unødvendig for saksbehandlingen, skal informasjonen etter bestemmelser i Personopplysningsloven og tilhørende konsesjon fra Datatilsynet, slettes eller sendes tilbake.

### 6. Endring av forbehold

Dersom du i din forsikringsavtale har fått forhøyet premie eller forbehold/reservasjon, men din helse i ettertid blir forbedret, kan du ta fornyet kontakt med forsikringsselskapet og legge frem informasjon om dette. Forsikringsselskapet vil da vurdere om den nye informasjonen kan føre til en justering av betingelsene for din forsikringsavtale.

### 7. Gjenforsikring

I noen tilfeller er det aktuelt for forsikringsselskapet å tegne forsikring i andre selskaper for å dekke seg ved utbetalinger til egne kunder. Dette er gjenforsikring. Ved slike avtaler reduserer selskapet sin egen risiko for store utbetalinger og ved høy risiko ved at det får noe av sitt tap/sin utbetaling tilbake fra gjenforsikringsselskapet. Hvis det er aktuelt for Vital å gjenforsikre din forsikring, vil helseopplysningene dine kunne bli overført og registrert i gjenforsikringsselskapet. Dette skjer fordi gjenforsikringsselskapet også kan ha behov for dine helseopplysninger for å fastsette riktig pris for Vital for gjenforsikring av din forsikring.

## OM EGNERKLÆRINGEN

### 1. Formålet med egenerklæringen

Riktig og fullstendig informasjon om helse, yrke og livsstil på søknadstidspunktet er avgjørende for å foreta en riktig risikovurdering. Risikovurderingen består i å vurdere om du har økt sannsynlighet for at det vil inntreffe forhold som er dekket av forsikringen. Forsikring kan ikke sammenlignes med offentlige trygdeordninger, og Gjensidige vil som hovedregel ikke ta ansvar for sykdom, skade eller plager som allerede har oppstått eller er i ferd med å oppstå på søknadstidspunktet.

Gjennom risikovurderingen fastsettes pris og vilkår for din forsikring. I egenerklæringen stiller derfor Gjensidige spørsmål om aktuelle eller tidligere sykdommer, skader, plager eller levevaner. Eksempler på levevaner som påvirker risikovurderingen er røyking og høyt alkoholforbruk. På samme måte vil betydelig overvekt medføre økt helseisiko. I egenerklæringen stilles det derfor også spørsmål om høyde, vekt, røyking og bruk av alkohol eller andre rusmidler.

### 2. Betydningen av dine svar i egenerklæringen

Opplysningene som fremkommer av svarene i egenerklæringen vil kunne få betydning for om:

- Gjensidige kan tilby deg forsikring og i så fall hvilke vilkår og hvilken pris som skal gjelde for din forsikring.
- Gjensidige må innhente ytterligere opplysninger for å vurdere søknaden.
- Forsikringsavtalen vil være gyldig. Uriktige eller ufullstendige svar på spørsmålene i egenerklæringen, kan medføre at rettighetene i henhold til forsikringsavtalen bortfaller eller blir redusert.

### 3. Din opplysningsplikt

Det er viktig at du fyller ut egenerklæringen riktig og fullstendig. Da unngås mulige tvister mellom deg og Gjensidige om eventuell forsikringssum skal utbetales, som følge av at det er gitt uriktige og/eller ufullstendige opplysninger på søknadstidspunktet.

Du skal opplyse om alle forhold det spørres om, selv om disse er tilbake i tid og du nå er å anse som frisk. Du skal opplyse om både fysiske og psykiske forhold. Du skal ikke opplyse om forhold knyttet til din helse som ligger mer enn 10 år tilbake i tid.

Dersom du ikke har plass til alle opplysninger på ett eller flere av spørsmålene i egenerklæringsskjemaet, kan du legge ved et datert og signert tilleggssark med utfyllende informasjon.

### 4. Bruk og behandling av dine helseopplysninger

Gjensidige kan innhente nærmere opplysninger om din helsetilstand basert på den informasjonen og den fullmakten du selv har gitt i egenerklæringen. Dersom Gjensidige på bakgrunn av din fullmakt innhenter slike opplysninger, vil du bli informert.

Hvis Gjensidige trenger opplysninger fra andre enn de leger m.m som fullmakten omfatter, vil du bli tilkrevet for å avgi en ny fullmakt til dette.

Helseopplysninger som gis til Gjensidige blir behandlet konfidensielt. Gjensidiges ansatte har lovpålagt taushetsplikt. Kun ansatte som trenger opplysningene ved risikovurderingen og oppgjøret har tilgang til opplysningene.

Dine personopplysninger vil bli registrert i Gjensidiges interne kunderegister som tilfredsstiller de krav som følger av personopplysningsloven.

Gjensidige kan legge frem helseopplysninger om deg for Nemnda for helsevurdering og eventuelt samarbeidende gjenforsikringsselskap (reassurandør) for behandling. Dersom du fremmer klage til Forsikringsklagekontoret eller Forsikringsklagenemnda, er dette å anse som et samtykke til å utlevere